FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

1892. N° .

THÈSE

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 26 Juillet 1892, à une heure,

Par FERNAND DUVAL,

Né à Saint-Quentin (Aisne), le 10 Janvier 1866,

Ancien externe des Hôpitaux de Lille,
Ex-Interne de la Maison de secours pour les blessés de l'industrie,
Membre adjoint de Société anatomo-clinique.

DE

YSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

POUR FIBRO-MYOMES UTÉRINS.

Président de la thèse : M. BROUARDEL, *Professeur.*

Juges : MM. BALLET, *Professeur,*
HUTINEL,
QUENU, } *Agrégés.*

Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

LILLE,
IMPRIMERIE L. DANEL.
Rue Nationale, 93.

1892.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen. .... M. BROUARDEL.

Professeurs.	MM.
Anatomie..	FARABEUF.
Physiologie	CHARLES RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	DÉJERINE.	NÉLATON.	REYNIER.
BAR.	FAUCONNIER.	NETTER.	RIBEMONT-DESSA[illegible]
BLANCHARD.	GILBERT.	POIRIER, *chef des travaux anatomiques.*	RICARD.
BRISSAUD	HANOT.	POUCHET.	A. ROBIN.
BRUN.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BUDIN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTERER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	LETULLE.		VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	MAYGRIER.		WEISS.

Le Secrétaire de la Faculté : CH. P[illegible]

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises [illegible] dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs [illegible] et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE.

A MA BONNE MÈRE.

A MA SŒUR BIEN AIMÉE
ET A MON CHER BEAU-FRÈRE.

A MA FAMILLE.

A Monsieur le Docteur DURET,

Doyen de la Faculté libre de médecine de Lille,
Professeur de Clinique chirurgicale.

A Monsieur le Docteur G. EUSTACHE,

Professeur de Clinique obstétricale et de Gynécologie,
Chirurgien de la Maternité Sainte-Anne.

A Monsieur le Docteur H. DESPLATS,

Professeur de Clinique médicale.

A Monsieur le Professeur AUGIER,

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

A Monsieur le Professeur GUERMONPREZ,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris
et de l'Académie de médecine de Belgique.

A TOUS MES AUTRES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE
DE MÉDECINE DE LILLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BROUARDEL,

Doyen de la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Commandeur de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Docteur Ch. LEGRAIN,

Médecin-Major au 1er Bataillon d'artillerie de forteresse
à Lille.

A MES BONS CAMARADES.

INTRODUCTION.

En prenant pour sujet de notre thèse inaugurale « *de l'Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myômes utérins* », nous n'avons pas eu la prétention de trancher, dans ce modeste travail, la question encore si controversée du traitement extra-péritonéal ou intra-péritonéal du pédicule. C'est là une grave question encore à l'ordre du jour et qui fait l'objet de nombreuses discussions dans les sociétés savantes en France comme à l'étranger.

Après un rapide aperçu historique de la question, nous donnerons les indications de l'Hystérectomie abdominale en général, — nous établirons le parallèle entre l'hystérectomie supra-vaginale et l'hystérectomie totale abdominale, — nous indiquerons les avantages et les inconvénients de ces deux grandes méthodes et nous chercherons à dégager les motifs de notre choix pour la seconde. Puis nous exposerons les résultats de nos recherches expérimentales ; et enfin nous décrirons en détail, dans trois observations personnelles, le procédé un peu spécial employé par M. Guermonprez.

Nous terminerons par l'exposé des conclusions que nous a suggérées ce travail.

M. le professeur Guermonprez nous a inspiré le sujet de cette thèse ; il nous a prodigué ses judicieux conseils : nous

sommes heureux de pouvoir adresser publiquement à notre maître l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond attachement.

Monsieur le professeur Brouardel, doyen de la Faculté, nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse : que ce savant maître daigne agréer l'hommage très respectueux de notre profonde et sincère gratitude.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

L'histoire de l'hystérectomie, bien exposée dans le travail de MM. Péan et Urdy et dans la thèse d'agrégation de M. le docteur Pozzi, peut être partagée en trois périodes.

La première, que l'on serait tenté d'appeler *période de surprise,* s'étend jusqu'en 1843. Un chirurgien ouvrait un ventre croyant trouver un kyste ovarien et il avait affaire à une tumeur fibreuse. Il s'empressait alors de refermer l'abdomen, n'osant entreprendre une opération inconnue. Tels sont les cas de Lizars, en 1825 ; de Dieffenbach, en 1826 ; et plus récemment de Atlee, de Backer-Brown, de Cutter, de Deane, de Mussey, de Smith, de Parkmann.

La seconde, que l'on peut qualifier de période *d'essais* et de *tâtonnements*, va jusqu'en 1863. Repoussée en France par la majorité des chirurgiens et par l'*Académie de médecine*, (sous réserves, il est vrai), l'hystérectomie s'accrédite de plus en plus en Amérique. Les chirurgiens, qui par erreur de diagnostic remontrèrent après la laparotomie une tumeur utérine, s'enhardirent et tentèrent une opération neuve : ils durent improviser pour ainsi dire séance tenante les divers temps opératoires, et cela, sans instruments spéciaux. Les opérations de Ch. Clay et Heath de Manchester, faites en 1843, à quelques mois de distance : celle de Clay, au mois d'août et celle de Heath, au mois de novembre, furent les premières ; elles furent l'une et l'autre des

véritables méprises. « L'un de ces faits peut cependant être porté à » l'actif de l'hystérectomie. En effet, la malade de Clay vécut jusqu'au » quatorzième jour ; et la péritonite, à laquelle elle succomba, fut » occasionnée par la maladresse de sa garde-malade, qui la laissa » tomber par terre en la changeant de lit. » (S. Pozzi.)

Le premier succès fut obtenu par M. Burnham (juin 1853) : il s'agissait d'une tumeur myomateuse de l'utérus avec altération des deux ovaires. C'est à ce titre, et surtout parce que cette opération est la première où l'utérus fut enlevé en totalité par l'abdomen, que nous en donnons la relation d'après MM. Péan et Urdy.

Observation I. — (Burnham. — *Nelson's american Lancet*, 1864 ; *Lyman's Report*, Boston, 1856).

Il s'agissait d'une femme âgée de quarante-deux ans.— Le début de la tumeur remontait à six ans.— Les médecins qui la virent à cette époque crurent à une affection de l'ovaire gauche, mais ce diagnostic ne fut qu'incomplètement adopté par Burnham. Cet opérateur fit une incision sur la ligne blanche allant de la symphyse pubienne à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. Il trouva les deux ovaires malades ; il existait, en outre, une tumeur fibreuse implantée sur le fond de l'utérus, ainsi que plusieurs autres développées dans l'épaisseur même de l'organe. Il n'y avait que fort peu d'adhérences.

Burnham commença par jeter une ligature sur chacun des pédicules de la tumeur fibreuse et des kystes ovariques. Ces trois tumeurs une fois excisées, *l'utérus fut séparé jusqu'au dessous du point où le col s'unit avec le vagin.* Les deux artères utérines furent liées.

Les accidents qui survinrent à la suite de l'opération firent craindre un instant pour la vie de l'opérée ; il y eut une inflammation violente ; et la suppuration s'établit par le vagin, aussi bien qu'à travers la plaie faite aux parois de l'abdomen. Néanmoins la malade put se lever dès le trente-cinquième jour.

Après cette opération demeurée célèbre, viennent par ordre de date celles de Peaslee (1855), Kimball (1855), Boyd (1856), Sp. Wels (1859), Sawyer (1860).

Enfin, la troisième période, période contemporaine ou vraiment méthodique, commence avec le cas de M. Kœberlé (avril 1863), qui le premier de *propos délibéré*, en présence d'un diagnostic douteux, se dispose à parer aux événements et se voit obligé de recourir à l'amputation sus-vaginale de la matrice. En 1866 et à trois reprises différentes, M. Kœberlé, sûr alors de son diagnostic, pratique hardiment l'opération. C'est donc à ce chirurgien français, que revient l'honneur d'avoir le premier pratiqué d'une façon *vraiment chirurgicale* une hystérectomie. Dès 1869, M. Péan présentait à l'Académie de Médecine une malade, chez laquelle il avait fait cette même opération. Le premier il ordonnançait une méthode avec ses règles et ses préceptes et concluait à cette opération, la trouvant indiquée dans une série de cas nettement déterminés. Cependant, nous rappellerons qu'appelée à examiner deux mémoires sur ce sujet, ceux de MM. Kœberlé et Boinet, l'*Académie de Médecine*, par l'organe de Demarquay, son rapporteur, conclut au rejet de l'opération, tout en adoptant les réserves proposées par le professeur A. Richet.

Cette quasi-réprobation fut impuissante à enrayer toutes les hardiesses les plus entreprenantes, et il est impossible de ne pas reconnaître que les résultats de M. Péan ont donné une vive impulsion à la propagation de cette audace chirurgicale.

C'est par centaines, que se comptent aujourd'hui les opérations pratiquées en France, en Russie, en Amérique, en Angleterre et en Allemagne etc.

Actuellement l'hystérectomie a une place déterminée parmi les grandes opérations de la chirurgie abdominale et les meilleurs gynécologistes, français comme étrangers, ne discutent plus que sur un seul point : le traitement du pédicule.

Les premiers opérateurs se servaient d'une méthode mixte. Ils rentraient, il est vrai, le pédicule dans la cavité abdominale ; mais ils faisaient glisser par l'angle inférieur de la plaie, restée ouverte, des ligatures longues ou des instruments destinés à entourer le pédicule.

Aujourd'hui l'on s'ingénie à trouver le meilleur mode de traitement du pédicule dans les méthodes extra-péritonéale et intra-péritonéale et à établir les indications de chacune de ces deux méthodes.

D'autres chirurgiens, frappés du danger inhérent à la conservation du col, se demandent s'il n'y aurait pas avantage à le supprimer. De cette idée sont nées deux nouvelles méthodes : 1° celle de la double hystérectomie (abdominale et vaginale), qui a surtout eu pour défenseur A. Martin, de Berlin, plusieurs fois mise en pratique en Allemagne et en Amérique (Trendelenburg, Chrobak, Boldt, Gersung, Dixon Jones, Veit, T.-G. Crofford), employée plusieurs fois en France par M. Péan, et une fois par M. le docteur Bouilly, chez une malade atteinte d'un cancer du col et d'un fibrome du corps, préconisée enfin par M. le docteur Rouffart, agrégé de Bruxelles, et M. le docteur P. Goullioud, de Lyon. 2° Celle de l'*hystérectomie totale abdominale*, employée par A. Martin, Chrobak, et Bardenhauer (Allemagne), et, dans ces derniers temps par M. Guermonprez, qui en a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine. (Séances du 15 et du 22 septembre 1891).

CHAPITRE II.

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE.

Le traitement chirurgical des myômes utérins doit toujours être un traitement de nécessité ; il faut, dit M. Schwartz dans son article du Nouv. Dict. de Méd. et Chir. pratique, pour pratiquer l'hystérectomie, qu'il y ait *une indication vitale.* C'est là un excellent précepte, qu'on ne saurait trop appuyer.

On peut même aller plus loin. Il est de l'intérêt des malades que l'on opère de bonne heure, alors que l'état général est encore satisfaisant. Il faut même la proposer, dès qu'on a la certitude de s'y voir acculé pour une date plus ou moins éloignée. En effet le pronostic de l'hystérectomie s'est amélioré d'une façon très notable, depuis l'application rationnelle et rigoureuse de la méthode antiseptique et depuis les perfectionnements apportés au manuel opératoire. Le pronostic gagnera encore lorsqu'il comptera un plus grand nombre de malades vraiment en état de supporter un important traumatisme chirurgical. — Ces réserves faites, on peut adopter les indications suivantes, telles qu'on les trouve dans le traité de Gynécologie d'Hegar et Kaltenbach.

1° *Accroissement rapide de la tumeur et compression pénible des organes abdominaux et thoraciques :*

Il est des cas en effet où le myôme présente une marche

galopante ; il acquiert rapidement un volume considérable, déterminant des symptômes de compression, d'inflammation péri-utérine et d'épuisement. Il faut en excepter peut-être les malades qui se rapprochent de la ménopause : pour elles, l'intervention sera moins pressante.

Il ne faut pas le perdre de vue : quand les tumeurs utérines s'accroissent rapidement, on peut voir survenir des *thromboses* s'étendant dans la tumeur elle-même, ainsi que dans les veines du bassin et des cuisses. M. Bastard, qui s'est occupé de ce sujet, a démontré que cette thrombose peut être rattachée à deux causes : « la première, la principale est l'état d'anémie » des malades ; la seconde, qui le plus souvent n'est qu'adju- » vante, est la compression que peut exercer la tumeur sur » les veines iliaques. Enfin sans avoir la signification fatale » qu'elle a dans les affections cancéreuses, le pronostic de cette » thrombose est néanmoins très grave à cause de la fréquence » de sa terminaison par embolie pulmonaire. » Il y a donc tout intérêt à opérer et au plus tôt.

Il peut exister aussi, quand les corps fibreux ont atteint un moyen volume, des phénomènes de *compression*, soit des organes pelviens, soit des organes abdominaux ou thoraciques : c'est surtout le cas des tumeurs développées dans les ligaments larges et enclavées dans le bassin : pour y remédier. il n'y a qu'une seule ressource, l'extirpation de la tumeur.

Les *douleurs* peuvent acquérir un tel degré d'acuité, qu'elles rendent la vie insupportable ; des troubles nerveux et cérébraux, (paraplégie, ataxie, hypéresthésies, troubles intellectuels et surtout mélancolie, etc...) peuvent, d'après de nombreux observateurs, être intimement liés aux troubles de la circulation qui accompagnent les fibrômes utérins. MM. Péan, O. Terrillon, Hegar et Kaltenbach et Clays ont rapporté plusieurs cas, où l'ablation de la tumeur a fait cesser tous les désordres nerveux. Ils en ont conclu que ces accidents constituent une indication formelle de l'opération.

2° *Lorsqu'il existe des hémorrhagies graves qu'aucun autre moyen ne peut arrêter :*

Il est évident que, lorsque tous les moyens hémostatiques ordinaires, (ergotine, injections chaudes, injections astringentes applications froides et même curettage), sont restés inefficaces, quand des métrorrhagies abondantes et à répétition en arrivent à mettre la vie de la malade en danger, le chirurgien ne doit pas attendre. Si l'ablation par les voies naturelles n'est point praticable, il ne doit pas hésiter à avoir recours à l'hystérectomie abdominale.

3° *Une ascite considérable provoquée par un myôme sous-séreux.*

Lorsque l'étiologie de l'ascite est bien établie, il devient rationnel d'enlever la tumeur, cause de l'irritation du péritoine, surtout quand l'ascite tend à augmenter et à se reproduire à bref délai (Olshausen-Schrœder).

M. Kæberlé s'est déjà prononcé contre cette indication.

L'avenir montrera d'ailleurs si c'est là une indication fréquente.

4° *Des modifications défavorables se produisant dans la tumeur ou dans les organes voisins.*

Ces indications se rencontrent dans la dégénérescence kystique, myxomateuse ou sarcomateuse du fibro-myôme.

Les accidents dus à la *suppuration* et *à la gangrène* de la tumeur utérine sont de ceux qui imposent l'intervention chirurgicale. Dans une thèse inspirée par M. le professeur Verneuil, M. Robert conclut ainsi :

« Le sphacèle des corps fibreux intra-utérins doit être
» considéré comme une complication redoutable entraînant
» presque toujours la mort de la malade, si l'on n'y porte
» remède : On doit donc, d'une part, éviter ce sphacèle et
» déclarer mauvaises en principe les opérations incomplètes
» qui laissent dans l'utérus la totalité ou une portion du corps
» fibreux pour s'éliminer par désagrégation gangréneuse ; et

» on doit, d'autre part, avant d'intervenir, lorsque ce sphacèle » existe ou lorsqu'il est inévitable, prendre les précautions » antiseptiques les plus rigoureuses, en se rappelant que » l'antisepsie pour être efficace doit être préventive. »

Ce précepte de M. Verneuil ne saurait être trop répété. — L'antisepsie préventive est bien un devoir, comme il l'indique : elle a été menée avec sollicitude auprès de la malade que nous avons observée (Obs. III). C'est le sublimé qui en a été le moyen, tout comme le préconise M. Robert. Mais, pour malheur, l'organisme d'un sujet affaibli par un processus gangréneux, est devenu un organisme facile et avide pour l'absorption de tous les médicaments, sans en excepter les antiseptiques ; et on verra (page 50) que cette absorption peut déterminer une forme rare d'intoxication et entraîner la mort d'une malade, qui eut été sauvée, si la chirurgie avait pu intervenir dans des conditions moins tardives.

C'est pourquoi, il nous paraît vraiment nécessaire de compléter le précepte de M. Robert : Il ne suffit pas d'assurer la complète désinfection du sujet, il faut encore réparer ses forces et même augmenter sa résistance. C'est là, il est vrai, affaire de temps et de mesure : le succès s'obtiendra à ce prix ; et il n'en sera que plus certain et plus fréquent.

Enfin la *péritonite* à son début, d'après quelques auteurs, peut être enrayée par une intervention opportune, qui n'est pas dépourvue d'audace. C'est là une délicate question de tact chirurgical, sur laquelle nous nous abstiendrons de nous prononcer.

5° *Des signes d'étranglement et d'obstruction des organes pelviens*, qui se produisent, lorsque des noyaux fibreux s'enfoncent en arrière ou en avant du vagin et déterminent des désordres du côté de la vessie et du rectum, ou pénètrent à l'intérieur des ligaments larges et fixent l'utérus dans l'excavation.

M. Pozzi a bien étudié les désordres occasionnés par la compression de la vessie ou des uretères : voici ses conclusions.

« La compression de la vessie ou des uretères doit peser
» d'un très grand poids parmi les indications opératoires et
» peut déterminer à elle seule une intervention hâtive du
» chirurgien.

» Le pronostic de l'hystérectomie est considérablement
» aggravé, lorsque l'analyse des urines aura permis de diag-
» nostiquer une altération rénale. Si celle-ci est très avancée
» (maladie de Bright confirmée), elle deviendra une contre-
» indication formelle à l'opération ; il n'en sera pas de même
» d'un très léger degré d'albuminurie (1). »

De son côté M. Verneuil, a dans ces dernières années, étudié d'une façon magistrale les rapports des grands traumatismes avec les affections rénales ; aussi est-il superflu d'insister davantage sur cette question.

Quant aux contre-indications de l'hystérectomie abdominale, les principales nous paraissent être : l'état de débilité excessive de la malade, son âge trop avancé, des adhérences vasculaires considérables étendues à la paroi abdominale, enfin la concomitance du cancer avec un fibro-myome. Leur nombre, il est vrai, diminue déjà notablement et ira s'affaiblissant de jour en jour, grâce à l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, aux perfectionnements apportés au manuel opératoire, enfin à une plus grande pratique de la chirurgie abdominale.

---

(1) Pozzi. — *Annales de Gynécologie*, juillet 1884.

CHAPITRE III.

PARALLÈLE DES DEUX MÉTHODES D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE : PARTIELLE OU TOTALE.

Les tumeurs sous-séreuses, qui ne sont pas complètement isolées du tissu utérin, et les tumeurs intestitielles innombrables et qui farcissent pour ainsi dire l'utérus, ne sont justiciables que de l'hystérectomie, surtout si leur volume n'est plus en rapport avec celui du vagin. Or les myômes interstitiels se rencontrent dans la proportion de 34,5 $^{0}/_{0}$, les sous-séreux dans la proportion de 41 $^{0}/_{0}$ d'après Carl Schrœder; on conçoit donc que l'occasion de pratiquer l'hystérectomie abdominale se rencontre plus souvent que l'indication d'opérer par la voie vaginale pour les myômes sous muqueux observés seulement 8 fois sur 100 cas (Vautrin). C'est par conséquent pour le plus grand nombre des cas que se présente l'alternative actuellement si controversée. Le chirurgien a, en effet, le choix entre deux grandes opérations : *l'hystérectomie abdominale partielle* et *l'hystérectomie abdominale totale.*

De nos jours, la question n'est pas définitivement jugée ; mais l'opinion paraît ainsi faite que la première de ces méthodes est celle de choix pour la plupart des chirurgiens.

La difficulté du problème résulte toute entière dans la question du col utérin : son exérèse est singulièrement difficile et laborieuse ; son état infectieux plus ou moins latent est si

difficile à combattre ou à éviter, qu'il y a là un danger pressant et permanent, quelque détermination que l'on prenne.

Préoccupé de cette difficulté, nous étudierons comparativement l'hystérectomie partielle et l'hystérectomie totale abdominale ; nous nous efforcerons de montrer les avantages comme les inconvénients des deux méthodes et nous chercherons à dégager les motifs de notre choix.

Hystérectomie abdominale partielle.

Dès qu'il se dispose à pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale, le chirurgien se trouve en présence de deux procédés : le traitement extra-péritonéal et le traitement intra-péritonéal du pédicule.

Méthode extra-péritonéale. — Par cette méthode, il reste à l'extérieur un moignon qui tombe plus ou moins tardivement avec la ligature, laissant une surface bourgeonnante qui va se cicatriser peu à peu. La constitution du pédicule présente un certain nombre d'imperfections et de difficultés pendant l'acte opératoire. Lorsque l'opération est terminée, il faut encore prévoir un certain nombre de complications suffisamment connues et dont nous avons observé des exemples assez nombreux pour nous impressionner. Il peut se former autour du pédicule un clapier, où s'accumulent les produits septiques, qui de là peuvent envahir la cavité péritonéale. Le nettoyage du sillon, où cette menace se renouvelle chaque matin, présente de réelles difficultés d'exécution, fatigue la malade et demeure presque toujours imparfait par quelques côtés. On a multiplié les efforts de toute nature pour diminuer les inconvénients de cette profonde rigole circulaire. De là viennent : la ligature élastique préconisée d'abord par A. Martin (1), la suture en collerette du péritoine pariétal des bords de la plaie abdominale avec le revêtement séreux du pédicule au-dessous de la ligature,

(1) Martin. — Berlin, Klin. Woch. 1885, N° 2.

enfin les divers procédés de dessèchement du moignon, (cautérisation avec le thermocautère, applications d'une solutions de chlorure de zinc de 3 à 10 0/0, de perchlorure de fer, de tannin et d'iodoforme et les divers pansements antiseptiques) (1). Tous ces soins arrivent à pallier, dans une certaine mesure, les accidents septiques de résorption au niveau de cette plaie pédiculaire exposée. Mais ils ne parviennent pas toujours à mettre à l'abri des phlegmons, des décollements et des suppurations fistuleuses si pénibles aux malades.

Il serait cependant injuste de méconnaître les côtés utiles de la méthode extra-péritonéale :

Son premier avantage, c'est de mettre à découvert une surface de tissus destinés à se sphacéler et à s'éliminer et de permettre une surveillance journalière de la plaie opératoire.

Il en résulte quelquefois aussi un moyen moins pénible de pourvoir immédiatement aux *hémorrhagies*, qui peuvent se produire par glissement de la ligature, par rétraction de certaines portions du moignon si la section aporté trop près du lien ou par déchirures produites sous l'influence des tractions exagérées qu'on a été obligé d'exercer pour amener le col à la paroi abdominale (Vautrin).

On peut également découvrir la *suppuration et le sphacèle* du pédicule, accidents si redoutables par la péritonite trop souvent mortelle qu'ils déterminent.

Mais le dessèchement progressif du moignon, s'il est une excellente garantie contre une suppuration abondante, ne saurait constituer cependant un état complètement aseptique (Kaltenbach). — Si l'on tient compte enfin de la lenteur de l'élimination des parties mortifiées et de la longue durée de la cicatrisation consécutive, l'on admettra facilement qu'il est possible que des fautes à l'antisepsie et à l'asepsie soient commises pendant ce long espace de temps. Les cas de péritonite tardive mortelle en sont malheureusement des exemples.

---

(1) Pozzi, Terrillon, Polaillon.

En outre, la brièveté du pédicule peut empêcher sa fixation dans la plaie abdominale, surtout si des affections inflammatoires antérieures ont créé des adhérences et épaissi les ligaments peri-utérins. Chez les nullipares, ces ligaments se prêtent moins encore au relâchement et à la distension. — Dans ces circonstances, la tension du moignon expose à des accidents de rétraction des tissus, à des éventrations, à des déplacements des organes pelviens, enfin à des troubles nerveux, (douleurs lombaires, tiraillements douloureux irràdiés), qui rendent la vie intolérable.

On a également l'occasion de constater « des phénomènes » intestinaux : le pédicule constitue souvent une sorte de » bride étendue de la paroi abdominale au fond du bassin et » de laquelle partent souvent des tractus membraneux, traces » de la péritonite adhésive qui s'est manifestée autour du » moignon. L'intestin peut venir s'écraser sur ces brides ; il » en résulte alors une occlusion intestinale. » (Vautrin).

D'autres fois, ce sont des désordres vésicaux, qui se manifestent. Ils sont les conséquences de l'étroitesse de l'espace disponible pour l'ampliation de la vessie, de la compression que subit le réservoir urinaire ; on a même signalé un cas d'anurie (Laroyenne).

Il peut se produire enfin une complication qui, pour ne pas être dangereuse, n'en est pas moins très rebelle au traitement : ce sont les fistules abdomino-vaginales, consécutives le plus souvent à la chute du pédicule, ou résultant de l'ouverture d'un abcès au voisinage de la plaie (cas de MM. Terrier et Quénu) (1).

Alors même que toutes ces complications auraient été heureusement évitées, il reste toujours à savoir ce que devient le pédicule adhérent au début à la paroi abdominale. — Les recherches de Börner (2) ont presque démontré que l'utérus

---

(1) Terrier et Quénu. — Bull. Soc. Chir. — et Quénu. Bull. Soc. Chir. 1885.

(2) Börner.— Sammlung. Klin. Vorträge, N° 202.

ne se sépare entièrement de la paroi abdominale que dans les cas où le pédicule est grêle. On constate — tantôt au niveau de la cicatrice que la dépression très accentuée d'abord va s'atténuant de plus en plus et disparaît quelquefois, — tantôt au contraire elle persiste et bride toujours la paroi au même degré : ce qui rend permanents les inconvénients annoncés pour être temporaires et qui renouvellent sans cesse les pénibles déceptions des opérées et justifient leurs récriminations.

Méthode intra-péritonéale. — Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les nombreux et ingénieux procédés employés pour le traitement intra-péritonéal. — Qu'il nous suffise de le rappeler : tous ont eu pour but de diminuer la fréquence de l'hémorrhagie et de s'opposer à la septicémie. Tous sont encore entachés de quelques imperfections et paraissent destinés à provoquer bien des efforts de la sagacité et de la sollicitude des chirurgiens.

Le traitement intra-péritonéal, surtout depuis l'application de la ligature élastique, a supprimé bien des inconvénients signalés dans la méthode précédente. Il n'y a plus alors possibilité de tiraillements de la cicatrice, de désordres vésicaux, de suppuration longue et ce traitement se recommande surtout par sa simplicité et par la rapidité de sa guérison.

Par contre, il ne met pas toujours à l'abri de deux accidents très graves : l'*hémorrhagie* et la *septicémie.*

Cette hémorrhagie est imputable aux mêmes causes que celles qui ont valu tant de déceptions à la méthode extra-péritonéale. Elle est dans ce cas presque toujours mortelle, car elle se produit presque à l'insu du chirurgien et celui-ci n'arrive pas à temps pour y porter remède.

La septicémie est peut-être cependant de beaucoup l'accident le plus redoutable après la réduction du pédicule.

Elle peut provenir de deux causes : « l'une, dépendant des » lésions produites dans l'abdomen pendant l'extirpation de la

» tumeur, cause purement opératoire ; l'autre, résultant des
» transformations nécrosiques du pédicule réduit » (Vautrin).

La première de ces causes peut être due à la production d'abcès et de phlegmons de la cavité pelvienne et reconnaître pour origine un corps étranger, (un fil de ligature le plus souvent); elle peut également être due à la gravité des manœuvres chirurgicales pour des tumeurs incarcérées dans le bassin et où le péritoine et les organes pelviens ont été violemment meurtris. Ces ablations laborieuses constituent par elles-mêmes des prédispositions aux complications phlegmoneuses. Aussi Bardenhauer, Martin, Schrœder, etc, proposent-ils dans ce cas le drainage prophylactique. Cette conséquence est rationnelle, on le verra plus loin.

Cependant la cause la plus fréquente de la septicémie est, sans contredit, le sphacèle du pédicule. D'après les travaux récents, nous pouvons admettre avec M. Vautrin que la gangrène du pédicule tient :

1° « à ce que le moignon ne possède pas en lui-même, ou ne
» peut puiser dans les tissus voisins une nutrition suffisante
» pour assurer sa vitalité ;

» 2° à ce qu'il a subi l'influence du germe putride qui déter-
» mine sa décomposition ».

Ces deux conditions doivent d'ailleurs exister simultanément pour aboutir à la gangrène.

Le germe peut provenir du conduit vaginal, mais plutôt et le plus souvent de la cavité cervicale, qu'il est plus difficile d'asepsier, si l'on en croit Martin et Boileux (1). Le germe pathogène peut enfin avoir été introduit pendant l'opération par les mains du chirurgien et de ses aides et par les instruments ; ou bien, il faut admettre le *microbisme latent* (Verneuil et Rocher), sous l'influence duquel la nécrose au lieu d'être aseptique prendrait la forme putride.

---

(1) Boileux. — Nouvelles archives d'Obst. et de Gyn. 1891.

M. Goullioud, de Lyon, a rapporté récemment un cas, où à l'autopsie il constata « un col utérin béant dans la cavité d'un tamponnement de Mikulicz sans aucune tendance à l'obturation. » La malade, il est vrai, avait succombé tardivement à des lésions rénales. — Ce fait nous permet d'expliquer l'infection directe possible du péritoine par la muqueuse cervicale sans avoir recours à d'autre interprétation.

Il faut d'ailleurs ne jamais perdre de vue que, dans la méthode intra-péritonéale pas plus que dans la précédente, on ne peut se croire à l'abri des phénomènes d'étranglement interne. — C'en est assez pour bien apprécier ces deux grandes pratiques chirurgicales quant à leurs avantages et à leurs inconvénients.

Hystérectomie abdominale totale.

L'hystérectomie abdominale totale, en supprimant le col, nous paraît avoir réalisé un véritable progrès. C'est là une opération encore peu appréciée ; mais, pratiquée avec méthode et avec tous les soins de l'antisepsie moderne, elle nous semble appelée à devenir une méthode de choix, du moins pour certains cas de fibromes.

A. Martin, qui est cependant un grand partisan des enucléations partielles, déclare que « lorsque l'utérus ne peut être
» conservé, il vaut mieux l'extraire en totalité par l'abdomen
» que d'en faire l'ablation partielle, la question du traitement
» extra- ou intra-péritonéale ne lui paraissant pas encore
» jugée » (1)

Nous lisons dans le mémoire de Goullioud sur « l'extirpation vaginale du pédicule après l'hystérectomie » que Boileux,
» ayant fait des inoculations de fragments du col, pris dans
» les hystérectomies totales de Martin, a constaté 7 fois sur 10
» l'existence de germes pathogènes dans le segment du col qui
» aurait servi de pédicule dans l'amputation supra-vaginale »

(1) A. Martin (Zeitschr. : für. Geb. und Gyn. XX. — I. — 1891

L'ablation du pédicule est donc le moyen le plus radical et le seul certain de supprimer ce foyer d'infection ; et les expériences faites dans le service de Martin étaient bien de nature à former la conviction de ce chirurgien.

Cette suppression laisse une voie au libre écoulement des liquides sécrétés par la plaie. Aussi Bardenhauer, justement préoccupé de l'application du drainage dans les opérations qui portent sur le péritoine, a-t-il proposé l'extirpation totale, dans les cas où jusqu'à présent l'amputation supra-vaginale paraissait suffisante, et où il jugeait avantageux de donner à l'opérée le bénéfice incontestable en thérapeutique chirurgicale générale de l'admirable inven tion de Chassaignac. — En opérant ainsi, dans quatre extirpations totales successives, il compte quatre succès.

En principe, l'idée d'assurer l'écoulement des liquides est incontestablement juste et salutaire ; en pratique, l'intervention du drain n'est pas indispensable. On peut même dire, qu'il n'est pas sans inconvénients, d'ajouter un corps étranger dans un milieu délicat, soumis à des alternatives d'ampliation et de retrait, comme il arrive pour le réservoir urinaire et pour l'ampoule rectale. Le drain n'est nullement nécessaire pour sauvegarder cet écoulement ; il suffit de laisser subsister un orifice qui demeure béant à titre temporaire, pour se rétracter ensuite lentement et progressivement et ne s'oblitérer qu'à une époque où il n'y a plus à compter avec des sécrétions liquides, ni avec l'élimination éventuelle de quelques brides mortifiées par l'étranglement des pinces ou des fils à ligature.

« D'ailleurs, il faut bien remarquer que, quand la cavité
» cervicale n'existe plus, le vagin n'est plus un milieu septique.
» Il peut être désinfecté d'une façon absolue : tandis que la
» cavité cervicale ne saurait l'être, quand les glandes ont été
» envahies. On a donc, suivant l'expression de M. Goullioud,
» un *drainage, large, déclive, aseptique* ».

Pour ce qui a trait à l'hémostase, nous pouvons dire que dans l'hystérectomie totale elle est assurée de la façon la plus

complète et la plus parfaite : les artères sont directement pincées et leur ligature peut être complètement assurée.

La séparation de la vessie d'avec l'isthme utérin est parfois, il est vrai, laborieuse : on pourra s'en rendre compte d'après l'une de nos observations. Mais, ce fait ne nous semble pas être une contre-indication à l'opération, d'autant que cette dissection peut être dans d'autres cas beaucoup plus aisée : (notre dernière observation en fournit une preuve évidente). D'ailleurs, dans l'hystérectomie vaginale, n'intéresse-t-on pas exactement les mêmes surfaces, en le faisant au fond du canal viginal, au lieu de l'exécuter à ciel ouvert; et ne laisse-t-on pas, sans inconvénient, les mêmes surfaces dénudées de la vessie et du paramétrium ?

La grande objection faite au système de l'ablation du col utérin est toute entière dans ce fait : la durée de l'opération est augmentée ; il en résulte des doses plus abondantes de chloroforme, — un contact plus prolongé de la séreuse péritonéale avec l'air ambiant, — de multiples occasions de faire, de quelque côté, des fautes contre l'antisepsie, — enfin et surtout, des conditions qui augmentent et aggravent l'importance du shock opératoire, d'où les malades, déjà déprimées par leur état pathologique, ont grand'peine à sortir.

Cette objection est vraie ; et M. Guermonprez l'a longtemps partagée : elle est tellement fondée qu'elle seule suffit à justifier la prudence des chirurgiens, qui se refusent encore à entreprendre l'hystérectomie totale abdominale.

Mais il ne faut pas s'arrêter avec opiniâtreté à cette objection qui ne saurait atteindre la méthode elle-même. Elle incrimine à juste titre les anciens procédés seulement dont cette méthode se compose.

Observation II.

Fibrome solide, augmentant de volume depuis la cessation des règles ; ablation complète de la matrice ; guérison.

Une femme, domestique, âgée de 58 ans, fut envoyée à l'infirmerie par le Dr Dewar, de Kirriemuir, pour une tumeur abdominale à évo-

lution rapide. C'était une personne grande, mince, solide, d'une santé remarquable. Elle avait laborieusement travaillé toute sa vie, sans avoir jamais ressenti le moindre malaise, si ce n'est depuis sept ou huit mois avant son admission. Vers cette époque, une certaine sensation de gêne lui fit remarquer qu'elle avait une petite tumeur du ventre. Mais la gêne n'était pas de nature à l'empêcher de vaquer à ses occupations habituelles. La petite tumeur fut soigneusement observée. Elle se développa d'abord lentement, mais sans interruption. Les deux derniers mois elle augmenta rapidement de volume. Pendant les derniers six mois, il s'écoula du sang par le vagin, jamais en quantité considérable, mais d'une façon continue. La menstruation avait cessé à 50 ans. Elle avait toujours été régulière, jamais excessive, même au moment de l'établissement de la ménopause.

Jusqu'au niveau des fausses côtes, l'abdomen est occupé par une tumeur dure, proéminente. Pas de fluctuation et peu de rénitence. La paroi abdominale est mince et mobile sur la tumeur. Le col est petit et suit tous les mouvements que l'on imprime à celle-ci.

La tumeur était nettement interne ; mais le fait d'un néoplasme aussi dur se développant après la cessation des règles était tellement insolite que le cas réclamait un surcroît d'attention.

Il découlait de toutes nos questions, que l'histoire de la maladie était entièrement exacte. La patiente était d'ailleurs une femme très intelligente et excessivement précise dans ses affirmations.

Pensant qu'il s'agissait peut-être d'une production sarcomateuse, on fit une ponction exploratrice au niveau du seul point qui présentait une certaine élasticité ; elle n'amena rien, pas même du sang.

La langue était rouge et présentait de nombreuses ulcérations. Elle avait toujours été ainsi au dire de la malade.

L'impulsion cardiaque était un peu forte, peut-être, mais les bruits étaient parfaitement normaux ; l'artère radiale paraissait un peu volumineuse et rigide. L'urine était normale et en quantité modérée : pesant 1,020.

Opération le 23 mai. — La femme supporta admirablement bien l'anesthésie avec l'éther. On fit une longue incision et la tumeur fut attirée au dehors. Les deux ovaires étaient atrophiés et l'un d'eux réduit à un simple kyste. On saisit dans une ligature la large base de la tumeur et l'on appliqua un clamp au niveau de l'extrémité du vagin.

L'utérus fut ensuite enlevé en totalité. La plaie fut fermée par trente sutures profondes. L'opération dura trente-huit minutes et fut extrêmement simple. La tumeur pesait 15 livres. La cavité interne était considérable ; la distance entre les cornes était de 325 millimètres ; entre les bords, 260 et 156 millimètres.

Suites opératoires absolument régulières ; pas le moindre accident. Guérison parfaite. La plaie se cicatrisa sans donner une seule goutte de pus et la patiente quitta l'hôpital trente-quatre jours après l'opération. Elle revint plusieurs fois dans les trois semaines qui suivirent pour faire voir comment elle allait. Elle vint alors à Dundée pour visiter quelques amis avant de retourner chez elle.

C'est à cet époque que se produisit l'incident le plus remarquable de cette observation. Peu après son arrivée à Dundée, elle fut prise de douleurs dans la hanche droite, lesquelles furent bientôt suivies d'infiltration œdémateuse des deux jambes. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale étaient impossibles et la pression au niveau de la fosse iliaque droite déterminait de grands cris. La température était normale. Cet état de choses dura une quinzaine de jours environ ; la femme s'alimentait assez bien et, sauf la douleur locale, ne se plaignit de rien autre. Le 25 août subitement elle se cyanosa et resta ainsi jusqu'à sa mort qui survint quarante-huit heures après.

Elle fut soignée par les D[rs] Éwan et Stalker de Dundée, qui, naturellement, conclurent à une relation de cause à effet entre la douleur de la hanche et l'opération. Sachant que je m'étais intéressé à cette malade, le D[r] Stalker eut l'obligeence de me faire connaître ces détails. Voici en outre un passage de sa lettre dans laquelle se trouvent indiquées les particularités relevées à l'autopsie.

« Le bassin était tout à fait normal ; une cicatrice linéaire située à l'extrémité du vagin représentait tout ce qui restait de l'utérus. Pas d'adhérences intestinales dans le bassin. Les reins étaient congestionnés et scléreux avec les lésions habituelles de la sclérose. Capsules adhérentes, tissu criant sous le scalpel, dépôts de sels blancs dans le glomérules. Le cœur était légèrement hypertrophié. L'œdème des extrémités inférieures était peu accusé et s'étendait jusqu'au milieu des cuisses. Il a été impossible de recueillir le peu d'urine qu'il y avait dans la vessie; et, durant la vie, l'analyse de l'urine n'a pas été faite. »

En effet, lorsqu'on a la prétention de faire une exérèse

d'emblée totale, portant simultanément sur les annexes et sur l'utérus; il est à peu près impossible de manœuvrer correctement et avec exactitude à cause des difficultés imposées par les circonstances. — La boutonnière, que forme la plaie abdominale entre les deux grands droits, se trouve encombrée par la tumenr qui vient d'être amenée ; elle l'est également par les mains du chirurgien et par celles de ses aides — Les manœuvres accomplies, les tiraillements effectués produisent, par action réflexe, des contractions et même des efforts des deux muscles droits, qui étranglent les mains du chirurgien, modifient les rapports antérieurement acquis, imposent des tâtonnements, des hésitations, des controverses, qui fatiguent et rendent inhabile tout le personnel, qui s'efforce avec anxiété de mener à bien une exérèse, dont les difficultés sont par elles-mêmes déjà si laborieuses.

Car il ne faut pas l'oublier, c'est au fond d'une cavité, qu'il s'agit d'assurer l'hémostase ; c'est sur les côtés et plus encore derrière une tumeur, qui n'a ni souplesse, ni mobilité ; — et il faut agir avec sûreté dans une région, dont les vaisseaux sont nombreux et volumineux,— augmentés de volume, de nombre et surtout de calibre par la nature même du fibro-myôme, dont il s'agit de débarrasser la patiente.

Vouloir tenter de mener à bien l'exérèse dans de telles conditions, c'est vraiment poursuivre la réalisation de l'impossible : c'est presque un tour de force, qu'un petit nombre d'habiles peut accomplir, mais qui ne sera jamais entrepris de propos délibéré par un chirurgien justement circonspect.

La situation du chirurgien n'est plus comparable, lorsqu'il procède d'une façon rationnelle et par des temps successifs nettement connus, faciles à prévoir et de nature à prévenir les redoutables difficultés de l'opération telle qu'on la faisait primitivement.

On verra plus loin quel étonnant dégagement est obtenu, lorsque les deux ligaments larges sont sectionnés entre deux pinces-clamps jusqu'à la limite de la vessie : - cet acte opératoire

4

ne provoque aucun reflexe ; — il n'expose à aucun danger ; — et il est, chacun le comprend, aussi simple qu'expéditif.

Quant à l'exérèse proprement dite, elle est presque aussi simple que celle d'un kyste de l'ovaire : ce n'est donc pas jusque-là que l'hystérectomie totale peut encourir le reproche d'une trop longue durée.

Si les deux méthodes d'hystérectomie abdominale sont mises en parallèle, quant aux actes opératoires suivants, la comparaison est toute à l'avantage de l'hystérectomie totale, qui ne comporte pas autre chose que quatre ligatures. Elle démontre toute l'infériorité de la méthode supra-vaginale et de ses divers procédés, puisqu'il faut ici se servir d'un personnel déjà fatigué, pour assurer les soins toujours délicats et attentifs d'un pédicule,qui se trouve précisément au milieu d'une séreuse (le péritoine),dont l'infection serait redoutable; et il faut manipuler dans ce milieu même, un organe (le col utérin), qui est par lui-même une si pressante menace d'infection. — Tout ce temps opératoire du soin du pédicule, dont personne ne saurait contester ni la longueur, ni la délicatesse, est entièrement supprimé par la méthode que nous préconisons. — Et, si l'on complète la méthode par le procédé du dégagement avant l'exerèse, le premier temps de l'acte opératoire et tous les tâtonnements qui en résultent se trouvent également et absolument supprimés. — De sorte que nous nous croyons en droit de conclure que l'*hystérectomie totale est une opération de durée notablement plus courte que l'hystérectomie supra-vaginale.* — C'est aussi l'opinion émise par M. Péan dans une récente communication à l'*Académie de Médecine.*

Le procédé a cependant encore une imperfection, que nous sommes loin de contester ; et il arrive que l'ablation du col doit être accompli après l'achèvement de l'exérèse de la masse principale. — A cela nous répondrons que cette prolongation de la durée opératoire nous paraît pleinement justifiée par les dangers évidents, inhérents au pédicule utérin. Nous ajouterons, qu'après le moindre exercice antérieurement fait sur le

cadavre, les manœuvres intra-abdominales pourront ne pas se prolonger davantage que dans l'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule à l'extérieur. — Elles seront même abrégées puisqu'il n'y a pas à s'occuper du pédicule.

Il nous semble superflu d'insister sur les autres avantages de l'hystérectomie totale : ici — plus de possibilité de hernie ventrale tardive ; — plus de production de fistules abdomino-vaginales ; — plus de tiraillements douloureux dus à la tension du col ; — plus de troubles vésicaux par entrave au développement de la vessie ; — plus de troubles intestinaux : « sublatâ causâ, tollitur effectus ».

« En résumé, nous concluons avec MM. Guermonprez et » Goullioud que, au point de vue de l'antisepsie, de l'hémos- » tase, de la fermeture de l'abdomen, de la rapidité et de la » sécurité des actes opératoires, l'hystérectomie totale est » supérieure aux méthodes antérieurement employées. »

Observation III (Personnelle).

Mademoiselle Pauline L......, 36 ans, receveuse des postes, est née très délicate, a toujours eu besoin de beaucoup de soins ; elle est anémique et même chétive.

La menstruation s'est établie régulièrement à l'âge de 15 ans, sans souffrances notables. Les règles reviennent tous les 27, 28 jours, copieuses, mélangées de quelques caillots, durant en moyenne cinq jours. L'évacuation des caillots occasionne des coliques assez intenses pour réveiller la malade pendant la nuit ; après cette évacuation, il y a une sensation de soulagement. Parfois les coliques sont particulièrement exagérées et sont accompagnées de vomissements et de diarrhée, le tout ayant d'ailleurs une durée assez restreinte.

En juin 1885, débute brusquement ce que la malade appelle une « irritation d'intestin ». Ce qui caractérise cette affection, c'est un état endolori presque permanent, se manifestant surtout avant les règles ; la crise était très pénible et les phénomènes douloureux s'étendaient à tout le ventre ; on aurait même prononcé le mot de péritonite. On a appliqué successivement quatorze vésicatoires de 8 × 10 ou de 10 × 12 centimètres ; (régime lacté ; une cuillerée à

café d'huile de ricin chaque matin ; lavements de décocté de graine de lin.)

En septembre 1888, surviennent des pertes copieuses au moment des règles ; ces pertes se reproduisent aux époques suivantes et même dans leur intervalle. La malade doit garder le lit ; (dragées d'ergotine ; perchlorure de fer en potion.)

En septembre 1889, M. le Dr Leblond, de Paris, voit la malade en consultation. Il signale l'existence d'un fibrôme utérin, et ordonne des dragées d'ergotine, des injections boratées chaudes ; la malade fera une saison de trois semaines aux eaux de Salins (Jura).

En avril 1891, M. le prof. Guermonprez voit la malade à Sedan. Il reconnaît l'existence du fibrôme. L'élimination par les voies naturelles lui paraissant impossible, il conseille l'intervention chirurgicale ; (en attendant, injections chaudes avec une solution d'alun à 1,5 pour 100.)

Le 8 mai, examen après chloroformisation ; on constate un myome utérin dur, du volume du poing, à surface irrégulière, très étroitement enclavé et très haut placé.

Le 15 mai, les règles sont moins douloureuses et moins copieuses que d'habitude. (Deux injections par jour d'une solution très chaude d'alun à 1 pour 100 ; eau de Bussang ; toniques.)

L'*opération* est décidée pour le 3 juillet. Elle est pratiquée à la maison St-Raphaël, par M. Guermonprez, avec le concours de MM. les Drs Derville et Vanheuverswyn.

L'anesthésie est obtenue par le chloroforme; la malade est d'abord agitée; puis surviennent des nausées qui troublent à plusieurs reprises l'acte opératoire et qui, chaque fois, sont calmées par une dose plus élevée d'anesthésique. La chloroformisation fut d'ailleurs encore entravée par les efforts vigoureux de l'opérée, qui chassaient l'intestin de la cavité toutes les fois qu'intervenait une action chirurgicale sur les ligaments péri-utérins, et surtout sur les portions postérieures du vagin et des ligaments larges.

La région, nettoyée la veille, est lavée au savon et à la liqueur de Van Swieten, puis à l'alcool à 90°, puis enfin à l'éther. L'injection vaginale à la liqueur de Van Swieten chaude est longtemps prolongée. Elle ramène encore des flocons de mucus vaginal concrété. Le cathétérisme vésical ne permet pas de conduire la sonde directe-

ment suivant l'axe du corps ; l'instrument est dévié successivement à droite, puis à gauche, repoussé qu'il est par la tumeur dure, qui vient s'appuyer sur la face postérieure du pubis. Enfin le toucher vaginal pratiqué une dernière fois permet d'atteindre le col situé à une très grande hauteur et dirigé fortement en arrière. L'hystérométrie est rendue irréalisable par cette déviation ; - quant à l'incision du vagin au pourtour du col utérin, il n'y faut pas songer. Le col n'est pas visible au spéculum ; — et l'utérus enclavé est trop étroitement lié pour permettre un abaissement, qui serait d'ailleurs entravé par le volume de la tumeur elle-même.

L'incision de la ligne blanche est poursuivie en bas jusqu'au pubis. Il est nécessaire de la prolonger en haut au-dessus de l'ombilic, jusqu'au milieu de la distance d'avec l'appendice xyphoïde. L'exploration de la tumeur permet d'apprécier par une palpation rapide que la face antérieure est libre ; que la face postérieure est couverte d'adhérences, mais que celles-ci sont assez friables pour se dégager d'emblée au passage de la main ; qu'enfin l'utérus est fortement enclavé, partie au niveau des ligaments utéro-sacrés, partie au niveau des ligaments larges.

La main passée derrière la tumeur amène la masse avec une relative facilité entre les lèvres de la paroi abdominale.

Pour libérer davantage la tumeur, la portion supérieure du ligament large est sectionnée d'abord à droite, puis à gauche.—L'hémostase est assuré du côté de l'utérus au moyen d'une pince et ce moyen se montre d'une irréprochable efficacité. — Au côté externe, un fil de soie double est énergiquement noué avant de faire la section à un centimètre de distance de ce fil (n° 4 Czerny). Malgré cette précaution, le fil lâche prise ; une hémorrhagie survient, mais peu copieuse ; il y est pourvu par l'installation d'une pince à longs mors courbes.

La tumeur utérine est alors amenée avec une facilité beaucoup plus grande; son dégagement peut donc être poursuivi.

Le péritoine est sectionné transversalement sur la surface antérieure de l'utérus au niveau du cul-de-sac vésico-utérin ; — à l'aide des doigts, le chirurgien sépare la vessie d'avec l'utérus. Cette séparation se fait avec une si grande facilité qu'un doute s'impose sur le résultat obtenu. Cependant on ne trouve nulle part la surface cruentée rouge, que donnerait le muscle vésical s'il était sectionné ;

on ne reconnaît pas davantage d'éléments cylindroïdes comparables aux uretères. Enfin, on ne voit pas non plus d'écoulement liquide d'aspect urineux. Pour plus de garantie, le toucher vaginal est pratiqué et combiné avec l'exploration de la plaie ; puis le cathétérisme vésical est combiné de la même manière : il en résulte que, jusqu'ici, la différenciation des deux organes est restée dans d'heureuses limites. Toutefois il subsiste encore un doute important ; la consistance du col utérin fortement distendu est tellement diminuée, qu'il est très difficile de le différencier d'avec le vagin.

Une sonde cannelée résistante traverse de part en part la portion accessible, qui forme désormais le pédicule. Une pince de Richelot est placée sur la portion droite, une autre sur la portion gauche de ce pédicule ; la tumeur est sectionnée immédiatement au-dessus des deux instruments. La surface de section est facile à reconnaître, elle a porté, non sur le vagin, mais immédiatement au-dessus du col utérin. L'hémostase est bonne.

Le chirurgien procède alors sans incident notable à l'ablation systématique des trompes et des ovaires, d'abord à droite, puis à gauche. L'hémostase est obtenue au moyen de deux ligatures au fil de soie de chaque côté.

Il est alors procédé à l'exérèse du moignon du col utérin. Pour le bien découvrir, deux écarteurs refoulent derrière la symphyse pubienne la vessie, qui vient d'être vidée à nouveau. La masse intestinale est relevée à pleines mains par les soins de M. le Dr Derville. — Enfin le moignon est présenté au bistouri, grâce au maniement des pinces de Richelot préalablement installées. — Dans ces conditions le bistouri sectionne transversalement un certain nombre de couches profondes de la paroi vaginale ; — puis les couches sous-muqueuses et même la muqueuse sont sectionnées ; cette section est opérée sur une petite étendue suivant une direction verticale, exactement médiane. — La sonde cannelée pénètre, suivant cette étroite boutonnière. L'exploration vaginale démontre que c'est bien dans le vagin que l'instrument a pénétré. Elle démontre en outre que cette pénétration se trouve exactement au-dessous de la lèvre antérieure du col. — Ce point étant acquis, la sonde cannelée est enfoncée vigoureusement d'avant en arrière, suivant la ligne médiane, à travers la paroi vaginale postérieure ; elle tombe ainsi dans le cul-de-sac de Douglas. — Quelques

manœuvres de force suffisent à ménager le passage d'un des mors d'une pince de Richelot. qui est ainsi placée sur la moitié latérale gauche du vagin et la portion correspondante du ligament large. — Il est fait de même du côté opposé. — Puis le moignon utérin est enlevé ; on reconnaît sans peine sur cette pièce anatomique que le col est entier (**fig. 1**).



Fig. 1. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard.
(Les taches brunes sont dues à l'imparfaite conservation de la pièce)

La ligature de chacune des deux surfaces de section du vagin est rendue très laborieuse, d'une part par la brièveté du ligament large, d'autre part par la tension des ligaments utéro-sacrés. Deux fils de soie double sont placés sur chacun des deux côtés : l'hémostase est d'emblée parfaite pour le côté gauche. Malgré des soins également attentifs pour le côté droit, on a le regret de constater plusieurs jets artériels qui subsistent dans la portion postérieure, après l'ablation de la pince de Richelot. On parvient, non sans peine, à pincer les orifices artériels dans le tissu cellulaire du moignon du ligament large sans

intéresser la séreuse péritonéale. Deux ligatures à la soie, au fil simple, réussissent à y pourvoir.

Lorsque l'hémostase est définitivement obtenue au niveau de la surface de section des ligaments larges et du vagin, l'orifice vagino-péritonéal est exploré ; il est trouvé tellement étroit, qu'il admet à peine l'extrémité du petit doigt. Quant à l'ensemble du petit bassin, il est trouvé partout recouvert avec une exactitude presque parfaite par la séreuse péritonéale, à l'exception d'une seule portion : c'est celle qui correspond à la face postérieure de la vessie, laquelle se présente sous l'aspect d'une large surface cruentée, où suintent encore quelques petits vaisseaux artériels et veineux.

Le lavage du péritoine est pratiqué à l'eau distillée, bouillie et chaude, laquelle sort rapidement propre, non point par l'orifice vulvaire, mais presque exclusivement par la plaie abdominale.

Lorsqu'on entreprend le temps de suture de la paroi, il y a deux heures que l'opération est commencée. — Le temps de la suture, pratiquée au crin de Florence et à l'aiguille d'Emmet, est prolongé par la rigidité de la paroi abdominale et les efforts fréquemment répétés de la malade.

Pansement à la vaseline iodoformée. Un cerf-volant de gaze iodoformée est introduit dans le vagin.

L'opérée se réchauffe facilement. Elle perd par la vulve un liquide d'abord très légèrement rose, puis simplement aqueux. Injection morphinée ; eau sucrée alcoolisée.

Suites opératoires. L'état général est resté bon. Les soins consécutifs ont été les suivants :

Le cathétérisme vésical est pratiqué, comme après une ovariotomie, jusqu'au 5me jour; alors, la miction s'effectue spontanément.

Pendant les premiers jours, on pratique fréquemment de simples lotions vulvaires avec une solution tiède de sublimé à 0,5 pour 1000.

Le 8e jour, le cerf-volant de gaze iodoformée est retiré de la cavité vaginale ; il est de couleur roussâtre, ni fétide, ni sanguinolent ; à sa suite s'écoule un liquide trouble, presque séreux, sans odeur ; la quantité de ce liquide ne dépasse guère une cuillerée à café.

Dès le lendemain, on pratique régulièrement des injections vaginales quotidiennes avec la solution de sublimé à 0,5 pour 1000, en ayant soin de les faire peu copieuses, de ne pas pousser la canule trop

loin et surtout de ne pas donner une pression trop forte ; dans ce but, on élève le récipient de façon que son orifice d'écoulement soit seulement de 10 centimètres plus élevé que la canule.

L'opérée quitte la maison de santé le 5 août, cinq semaines après l'intervention. — Le toucher vaginal, pratiqué à ce moment, ramène un fragment verdâtre de la dimension d'un ongle. — Ce fragment est examiné sous l'eau et on reconnaît un débris sphacélé, auquel demeure attaché un fil de soie.

Trois mois après l'opération, le toucher indique une sorte de prolapsus de la vessie dans le vagin. Dans la partie la plus reculée, on sent une cicatrice transversale de 2 c/m de longueur et seulement de 4 à 5 m/m d'épaisseur. Toute la région est souple à l'exception de cette cicatrice, qui a une dureté presque ligneuse.

La malade n'a plus aucune douleur ; elle vaque à toutes ses occupations, résiste à la fatigue, prend de l'embonpoint et témoigne son étonnement de se trouver mieux qu'elle n'a jamais été.

Description des pièces. L'utérus présente une forme globuleuse ; il est très peu mamelonné dans sa portion supérieure. Le ligament large est fortement étalé (fig. 1).



Fig. 2. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. A gauche, segment antérieur de la pièce ; à droite, segment postérieur, dont la sonde cannelée indique l'axe passant par la cavité du col utérin.

Une coupe pratiquée de droite à gauche selon l'axe de l'utérus démontre d'abord l'existence d'un myome pédiculé remplissant la cavité de l'organe et atteignant le volume d'une grosse orange ; son pédicule est situé sur la portion gauche de la face antérieure (fig. 2). Le pédicule très large n'atteint cependant pas la dimension du diamètre du myome ; il eut été très difficile, sinon impossible, de l'extirper au moyen de l'écraseur ou du serre nœud.

Toute la moitié inférieure de la masse est formée par un groupement des myomes interstitiels, dont les fibres tourbillonnantes sont appréciables en dix endroits, bien que le graveur n'ait pas réussi à r : résenter ces importants détails.

Observation IV. (Personnelle).

Louise Del......, lessiveuse, âgée de 45 ans, entre le 27 août 1891, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret, suppléé par M. Faucon. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a 16 ans ; ses différentes couches ont été normales.

Il y a 5 ans, cette femme observe pour la première fois des troubles menstruels. Depuis cette époque, ses règles sont restées fréquentes et abondantes : les intervalles sont de quinze jours.

Il y a cinq ou six mois les pertes de sang sont devenues encore plus copieuses ; les périodes ont été tellement rapprochées qu'elles en sont venues à se confondre et que cette femme en est arrivée à perdre continuellement du sang.

Vers la même date sont survenues des douleurs hypogastriques ; elles coïncident avec les métrorrhagies et présentent une forme si nettement évacuatrice et expultrice, que la malade les compare d'elle-même aux douleurs de l'enfantement : l'intensité de ces douleurs a plusieurs fois obligé la malade à tenir le repos au lit. Pendant cette même période, l'écoulement vaginal fut plusieurs fois fétide et cette odeur ne fit qu'augmenter d'intensité. Dans l'intervalle des règles, cet écoulement consistait en une leucorrhée assez abondante.

Le 20 juillet 1891, une métrorrhagie plus importante survient : la malade se met au lit. Depuis ce moment l'écoulement sanguin n'a pas discontinué. En même temps, des douleurs fortes, qui n'ont plus le caractère expulsif, s'établissent dans le bas-ventre. La malade perd des matières d'une fétidité repoussante pour son entourage, maigrit considérablement, perd ses forces et se décide à venir à l'hôpital.

A son entrée, elle paraît fortement anémiée ; son teint est presque cachectique. Il s'écoule par la vulve un liquide sanguinolent d'une fétidité toute particulière.

Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre une masse ovoïde assez résistante, mais dont la surface est ramollie. Cette masse comble tout le vagin ; en la contournant à sa partie supérieure, le doigt arrive sur la lèvre antérieure du col qui paraît saine. Entre elle et la tumeur se trouve un orifice, dans lequel pénètre le doigt. Il est impossible de reconnaître la lèvre postérieure du museau de tanche.

Au spéculum, la tumeur est lisse, d'un violet ardoisé, noirâtre, d'une consistance molle, friable ; sa surface est formée d'une substance putrilagineuse et donne l'idée d'une matière fibroïde infiltrée d'un liquide verdâtre et de quelques gaz. Son volume estcelui d'une grosse orange. Au-dessus de la tumeur et en avant d'elle, la lèvre antérieure a son aspect normal. L'odeur est infecte.

Tout d'abord on discute si la tumeur est de nature épithéliale et avec un point de départ dans la lèvre postérieure du col. Mais ce diagnostic est bientôt écarté.

On commence par désinfecter le foyer pathologique : (copieuses injections quotidiennes à la liqueur de Van Swieten). Peu à peu on arrive à enlever quelques lambeaux sphacélés au moyen d'une pince porte-tampon; on diminue ainsi progressivement le volume de la tumeur.

Quelques jours plus tard, le toucher vaginal permet d'explorer la totalité de la surface de la tumeur et atteint le col en haut et en arrière d'elle. Les deux lèvres du museau de tanche forment donc une sorte de collerette autour de la masse. Il est désormais acquis que la tumeur est un fibro-myome de l'utérus en voie de sphacèle.

Le 1[er] septembre, M. Guermonprez prend le service et prescrit des injections vaginales plus fréquentes, plus chaudes, mais en abaissant le titre de la solution à 0,5 pour 1000 ; peu à peu l'élimination des escharres se termine, l'appétit se relève et l'état des forces s'améliore.

Le 9 septembre survient un changement, qui confirme absolument le diagnostic : la tumeur, dont le volume continue à se réduire, est rentrée dans la cavité utérine ; l'orifice du col encore entr'ouvert ne présente aucune altération appréciable.

A l'hystéromètre, on pénètre à 95 millimètres dans la cavité utérine et on reconnaît la présence d'une masse assez volumineuse, qui empêche de manœuvrer librement l'instrument.

Les jours suivants les mêmes irrigations vaginales au sublimé sont continuées ; et, à trois reprises différentes, elles sont complétées par des injections intra-utérines avec la sonde de Doléris.

L'état général de la malade se reconstitue progressivement ; l'état local s'améliore de plus en plus ; les pertes ont disparu et la malade n'accuse plus de douleur.

Bien que l'état des forces soit encore mal restauré, comme il advient pendant une convalescence, l'exposé de la situation est présenté à la malade avec la plus entière sincérité. Elle apprécie la nécessité de l'opération radicale. Celle-ci est décidée pour le 19 septembre. Les difficultés et les dangers d'une extirpation du myôme par la voie intra-utérine, et surtout la présence très probable d'autres fibromes dans l'épaisseur des parois de l'utérus, sont les indications de pratiquer l'hystérectomie abdomidale totale.

Opération. — L'anesthésie par le chloroforme est obtenue en huit minutes. Elle n'est troublée que par quelques nausées ; il faut cependant signaler une sorte de ronflement retentissant, avec de longs et profonds soupirs, comme si ces efforts étaient la conséquence d'une douleur intense, mais mal définie. Ce type respiratoire anxieux se reproduit toutes les fois que des tiraillements et surtout des tractions sont exercés sur l'utérus et les ligaments larges. Chaque fois aussi, l'incident se termine par un ralentissement et un affaiblissement de la respiration et de la circulation.

La paroi abdominale est lavée méthodiquement, (savonnage à la liqueur de Van Swieten chaude, puis lotions d'alcool et enfin lotions d'éther). Le vagin, soumis à des lavages antiseptiques depuis trois semaines, a été la veille bourré de gaze iodoformée. Cette gaze est enlevée ; une copieuse injection vaginale est faite alors à la liqueur de Van Swieten tiède. Elle permet de reconnaître que l'utérus laisse échapper un mucus hyalin, sans aucun mélange de suppuration. Le cathétérisme vésical est fait comme de coutume.

L'incision de la paroi abdominale porte d'abord sur toute la portion sous-ombilicale de la ligne blanche ; mais les contractions des muscles abdominaux démontrent bien vite l'impossibilité d'assurer les manœuvres ultérieures par cette étroite ouverture. L'incision est donc prolongée jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dont elle contourne le côté gauche ; (longueur totale : 18 à 20

centimètres). Le grand épiplon est refoulé en haut : les anses intestinales apparaissent à nu. — La main du chirurgien va alors à la recherche de l'utérus, et le fait basculer d'arrière en avant. L'utérus est ainsi attiré entre les lèvres de la plaie. Une médiocre quantité de liquide séreux s'écoule : il provient d'un kyste de l'ovaire, du volume d'un œuf de pigeon, qui vient de se rompre. — Le fond de l'utérus seul arrive entre les lèvres de la plaie : sa forme est globuleuse, son volume dépasse un peu celui du 3e mois de la grossesse. Sa surface n'est que très peu mamelonnée ; sa consistance est dure, ferme, sans être absolument fibreuse. — L'exploration de la face postérieure de l'organe révèle d'abord l'existence d'adhérences nombreuses, mais peu résistantes, au niveau du corps. — Elle révèle ensuite et surtout l'existence d'une tumeur sphéroïdale du volume d'un œuf de poule ; cette tumeur est située très bas dans le cul-de-sac de Douglas : elle fait corps avec l'utérus, auquel elle adhère par un très large pédicule : c'est donc un myome développé aux dépens de la lèvre postérieure du col.

Une première pince-clamp est installée de chaque côté du corps utérin, dont elle longe exactement le bord.



Fig. 3. — Pince-clamp de forme longitudinale.

Une seconde pince est rangée — également de chaque côté — parallèlement à la première, laissant entre les deux l'espace rigoureusement nécessaire pour le passage du bistouri.

Une troisième pince est placée par le chirurgien, également de chaque côté. Cette troisième pince ne se rapporte plus à l'hystérectomie, mais elle prépare l'ablation des annexes : elle est, en effet, installée entre la paroi du bassin, d'une part, et la trompe, d'autre part.

A ce moment, le chirurgien accomplit l'hystérectomie pour la portion supra-vaginale : en effet, il passe le bistouri entre la première et la seconde pince de chaque côté. Immédiatement, l'utérus devient

plus mobile, Il suffit d'une traction médiocre pour l'amener tout entier à découvert entre les lèvres de la plaie.

Le chirurgien fait alors la section du repli vésico-utérin, sur une ligne transversale, en s'appuyant sur la paroi antérieure de la matrice. — Puis, il commence à séparer la vessie de l'utérus, en décollant d'abord la portion de la séreuse encore adhérente à la matrice. La séparation des deux organes est commencée à l'aide des doigts et de quelques coups de bistouri. Par le toucher vaginal, il devient manifeste que cette dissection est arrivée jusqu'au voisinage du museau de tanche. — Malheureusement, pendant ces manœuvres, la paroi vésicale a été trouvée étroitement adhérente à la portion correspondante du col utérin ; en effet, le tissu cellulaire n'y était point lâche, facile à dissocier à l'aide des doigts ; il était dense ; et sa résistance contrastait avec la friabilité fâcheuse de la paroi musculaire de la vessie. Celle-ci fut reconnue par sa couleur rouge et par la direction oblique et presque longitudinale de ses fibres, dont les interstices laissaient à découvert une surface plus rosée qui n'était autre que la muqueuse de la vessie : en effet, le cathéter introduit dans le réservoir urinaire et conduit jusqu'à ce niveau, se voyait presque par transparence et montrait combien était prochain le danger de perforer cette paroi. — Pour éviter ce danger, le chirurgien, armé d'une pince à griffes et du bistouri, reprit la paroi vésico-utérine à un niveau un peu plus élevé ; il en fit la disection méthodique, on pourrait dire la sculpture, en passant systématiquement non plus à travers le tissu cellulaire rétro-vésical, mais bien à travers les couches les plus superficielles de la paroi utérine elle-même, Cette dissection laborieuse fut conduite jusqu'au tiers inférieur du col utérin. Mais, à cause de la difficulté qu'il éprouve à la continuer plus bas, le chirurgien se détermine à se débarrasser de la masse utérine, se réservant d'enlever dans une manœuvre consécutive ce qui restera du col.

Avant d'ouvrir la cavité cervicale, il passe tout autour du col une sonde en caoutchouc, renforcée par un fil de soie, de manière à éviter l'infection du champ opératoire par l'écoulement du contenu de l'utérus. — Après l'installation de ce lien élastique, une injection est pratiquée dans le vagin à la liqueur de Van Swieten tiède.

Ces précautions étant bien prises, le chirurgien pratique alors sur la paroi antérieure du col, une incision longitudinale et médiane suffisante pour le passage d'une sonde cannelée très résistante ; — celle-ci

est conduite, à travers la paroi postérieure, jusque dans le cul-de-sac de Douglas. — Par l'orifice ainsi créé à travers l'organe, deux pinces-clamps sont introduites, qui saisissent, l'une la moitié gauche, l'autre

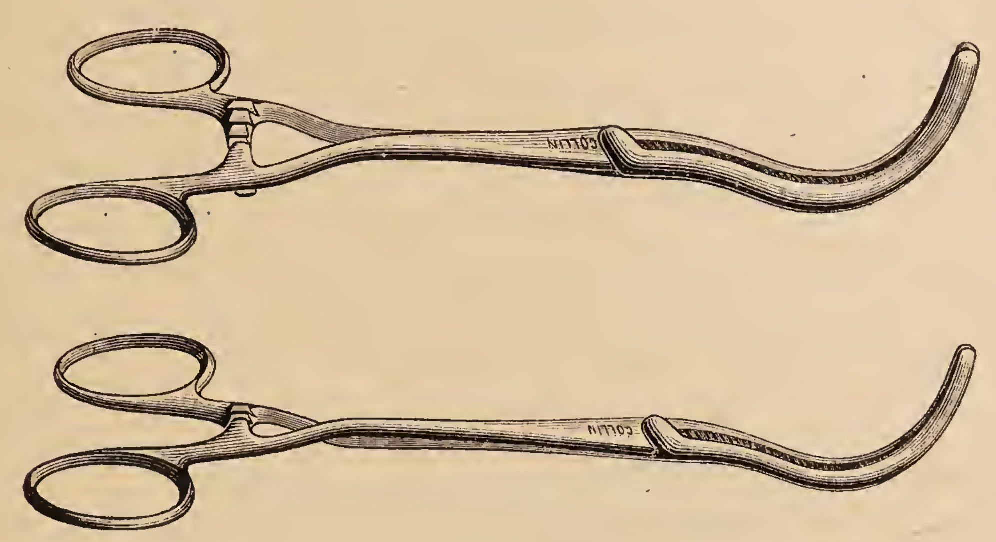


Fig. 4 et 5. — Pinces-clamps à mors courbes.

la moitié droite du col. — La section du col est pratiquée au-dessus des deux pinces. L'utérus est ainsi extirpé. Il reste donc une petite portion du col avec les annexes.

A l'aide de deux fils de soie, le chirurgien fait alors la ligature du ligament large gauche à sa base ; il sectionne et enlève ainsi les annexes de ce côté. — Il complète ensuite le dégagement de la vessie sur la paroi latérale gauche du col jusqu'au niveau du vagin. — Il fait son incision longitudinale et médiane sur la paroi antérieure du vagin; il y introduit la sonde cannelée, qui va perforer la paroi postérieure, et le long de laquelle il passe une pince-clamp pour saisir la moitié gauche du vagin. — Pendant toutes ces manœuvres, la main gauche de l'opérateur, placée dans le cul-de-sac recto-utérin, empêche la blessure des organes voisins.

A droite, la pince-clamp, précédemment placée, paraît avoir saisi la vessie : on croit reconnaître, en effet, quelques fibres de couleur foncée en continuité avec celles de la paroi vésicale préalablement dégagée. — Cette pince est enlevée ; l'artère utérine, qui donne aussitôt et avec abondance, est prise immédiatement et du premier coup dans une pince à forcipressure. — Le dégagement de la vessie se fait comme à gauche, jusqu'au niveau du vagin. — Une pince-clamp saisit la moitié correspondante des parois vaginales. — Le vagin est alors sectionné, en longeant le bord supérieur de chacune

des pinces-clamps ; le museau de tanche est ainsi extirpé dans sa totalité.

Le pédicule des annexes du côté droit est lié et sectionné, de la même facon que l'a été celui du côté gauche.

Le chirurgien passe alors à la ligature des artères utérines. — Le résultat est obtenu d'emblée pour le côté gauche. — Il n'en est pas de même pour l'autre. Le tronc principal de l'artère utérine a bien été saisi et lié ; mais une branche accessoire, saisie à plusieurs reprises, donne opiniâtrement un petit jet avec battements isochrones aux battements artériels ; il faut s'y reprendre jusqu'à cinq fois pour en assurer l'hémostase, et la poursuivre à travers les parties les plus reculées du ligament large, dont les deux feuillets sont alors grandement séparés l'une de l'autre.

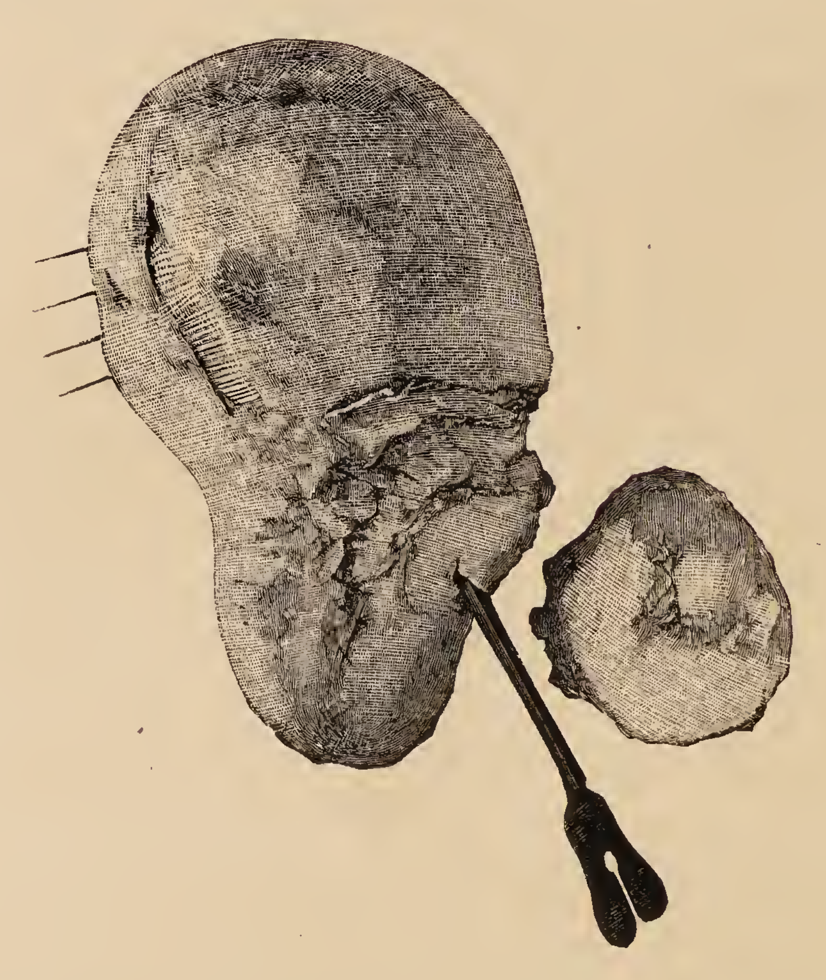


Fig. 6. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. La sonde cannelée est placée dans la cavité utérine et la direction du pavillon indique le plan transversal de l'organe.

L'hémostase étant désormais assurée, le lavage du péritoine est pratiqué au moyen de l'eau distillée et bouillie chauffée à 42°. Le liquide s'écoule en partie par la vulve et en partie par la plaie abdo-

minale. Celle-ci est fermée à l'aide de crins de Florence. Le vagin est bourré de gaze iodoformée. Pansement ordinaire. Le cathétérisme de la vessie donne issue à une urine parfaitement claire, sans aucune trace de sang.

L'opération a duré deux heures.

Description des pièces. Le corps utérin est étrangement déformé (fig. 6) par l'existence d'un myome, un peu plus volumineux qu'un œuf de pigeon et situé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure, c'est-à-dire en arrière de la sonde cannelée passée dans la cavité utérine. L'état de surface ne présenterait rien de notable, si n'étaient des adhérences nombreuses en arrière de toute la masse de l'organe.



Fig. 7. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. La sonde cannelée donne la même indication que pour la figure 2.

La coupe pratiquée de droite à gauche, suivant l'axe de l'utérus, démontre que le reste du myome partiellement sphacélé n'est adhérent que par un pédicule étroit et situé dans l'angle droit de la cavité près de l'orifice de la trompe ; son extirpation par la voie vaginale eut été facilement réalisable ; — mais cette même coupe (fig. 7), démontre l'inégalité de l'épaisseur de la paroi, suivant qu'on l'examine

au fond de l'organe ou au niveau de l'isthme et surtout suivant que l'on compare la portiondroite et la gauche. Il est évident que de nombreux fibromes interstitiels auraient évolué ultérieurement dans des parois aussi inégales et seraient venus s'ajouter à celui, qui avaitacquis une importance déjà si grande dans la lèvre postérieure ; à lui seul, ce dernier suffit à justifier la totalité de l'exérèse utérine

Les *suites opératoires* furent d'abord excellentes. Le jour de l'opération, malgré la grande quantité de chloroforme qu'avait nécessité l'anesthésie, il ne survient pas le moindre vomissement.

La malade est soutenue à l'aide de quelques injections hypodermiques de caféine et d'éther, et de gorgées souvent répétées de champagne frappé. Le pouls est assez rapide (120).

Le lendemain et le surlendemain l'état de la malade reste le même, par conséquent il est assez satisfaisant; les forces ne se restaurent pas : mais il n'y a aucune douleur.

Le soir du quatrième jour, la température s'élève à 38° sans qu'on parvienne à en déterminer la cause.

Le cinquième jour, la malade est prise subitement de diarrhée. Elle a, dans l'après-midi, sans coliques, deux selles absolument liquides, d'odeur assez forte, de couleur argileuse. — Deux pilules d'ext. thébaïque à 0,02 centigr. arrêtent le flux intestinal.

Le sixième jour, la diarrhée ne reparaît pas ; mais la malade se plaint d'une sorte d'étouffement, qu'elle compare à ce qu'on éprouve après un repas trop copieux.

Dans la soirée, l'état général s'aggrave rapidement ; la dyspnée augmente ; la malade est agitée ; elle est en proie au subdelirium, parle toujours de gaz qui l'étouffent. L'introduction d'une sonde rectale la soulage quelques instants. Quelques éructations surviennent sans nausées ni vomissements. La malade persiste à dire qu'elle ne souffre d'aucune douleur.

Vers le milieu de la nuit, elle commence à se refroidir et elle succombe le septième jour, vers cinq heures du matin.

Autopsie. La réunion de la plaie abdominale est obtenue ; à l'ouverture du ventre toute la masse intestinale apparaît distendue, l'estomac descend jusqu'à l'ombilic.

Il n'existe ni rougeur, ni exsudat, ni liquide, ni aucune autre apparence de péritonite.

En suivant et déroulant successivement les anses intestinales, on trouve le duodénum et le jejunum remplis, tantôt de gaz, tantôt de matières liquides ou pâteuses.

La seconde moitié de l'iléon occupe le petit bassin ; elle n'y adhère en aucun point ; son volume est presque uniformément réduit, comme à l'état de vacuité, dans une longueur de 70 à 80 centimètres. Cette portion de l'intestin est libre dans presque toute son étendue ; toutefois on trouve une adhérence de la dernière portion de l'intestin grêle à la fosse iliaque droite à 6 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. Il existe là une bride d'un blanc nacré, d'une solide résistance, d'une longueur de 5 à 6 millimètres ; au-dessous d'elle, une nappe cicatricielle de 4 à 5 centimètres entraîne l'intestin vers la portion la plus antérieure de la fosse iliaque. Cette nappe est d'un blanc bleuâtre, beaucoup moins épaisse et moins résistante que la bride : elle s'étend presque jusqu'au ligament de Poupart.

Le cœcum ne présente rien d'anormal ; il est presque vide. Le colon n'est que très peu distendu ; il ne contient presque pas de gaz. Le rectum n'a conservé sa situation normale dans l'axe du corps que dans sa moitié inférieure seulement ; dans toute la portion qui répond au sacrum il est presque vide et fortement déjeté à gauche. De ce côté, on découvre deux adhérences de l'S iliaque, plus faibles que celles de la fosse iliaque droite ; le péritoine pariétal est également moins épaissi et permet d'apprécier que ces minimes adhérences sont immédiatement en rapport avec l'aponévrose qui recouvre le psoas.

Toute la masse intestinale ayant été écartée, on ne constate aucune trace de pus, pas d'exsudats ni même de rougeur notable de la séreuse dans le petit bassin.

Dans sa portion la plus déclive, celui-ci renferme un liquide séro-sanguinolent, dont la quantité est évaluée à 10 grammes environ.

Le petit bassin est occupé dans sa presque totalité par la vessie dont le revêtement péritonéal existe en son entier, sans rougeur, sans ecchymoses, sans exsudats, ni adhérences. Cette vessie, qui occupe les trois quarts du plancher pelvien, se termine sur le rectum, comme on le voit sur un bassin masculin.

Lorsqu'on ramène en avant la portion la plus postérieure de la

vessie, on ne trouve plus trace du décollement du tissu cellulaire vésico-utérin, et on découvre, immédiatement derrière la limite vésicale, une sorte de surface lisse d'un gris rosé. Cette surface, transversalement étendue, atténuée à ses deux extrémités, mesure 30 millimètres de droite à gauche et 5 à 6 millimètres d'avant en arrière dans sa partie médiane, qui est la plus grande.

Si on introduit le doigt dans le vagin, on reconnaît que la surface ainsi découverte n'est autre que la partie la plus reculée et la plus postérieure du vagin. La cavité elle-même n'existe plus qu'à l'état virtuel : — en effet, la paroi postérieure, horizontalement placée, repose directement sur le rectum, — tandis que la paroi antérieure, également horizontale, repose immédiatement sur la première. — Ces deux plans se recouvrent exactement l'un l'autre, mais le postérieur s'étend un peu plus loin que l'antérieur. — L'orifice est donc formé par deux lèvres, dont l'antérieure ou vésicale est oblique en arrière et repose par son bord libre sur la paroi postérieure du vagin, formant une véritable valvule, dont le bord postérieur est libre, tandis que la partie antérieure adhérente est formée par la vessie et l'extrémité profonde de la paroi antérieure du vagin.

Le tampon de gaze iodoformée est retrouvé à peu près à égale distance de l'orifice vulvaire d'une part et de l'orifice péritonéal d'autre part.

Dans le cul-de-sac de Douglas, on voit des cicatrices d'aspect nacré, dues aux anciennes adhérences rompues pendant l'opération et qui siégeaient entre la face postérieure de l'utérus et la face antérieure du rectum. Il existe à ce niveau, surtout en arrière et à droite, dans le petit bassin et se prolongeant jusqu'à la limite la plus inférieure du mésentère, des traces de péritonite ancienne, (plaques laiteuses).

Sur les parties latérales du petit bassin, les ligatures des ligaments larges sont étroites et réunissent presque parfaitement les deux portions du péritoine. Elles sont disposées en une série rectiligne transversale, qui part de l'orifice vaginal et se termine à 3 centimètres au dessous du détroit supérieur ; elles sont revêtues d'un exsudat plastique rouge foncé, épais de 2 millimètres environ.

Il est évident que la petite quantité de liquide, trouvée dans le cul-de-sac de Douglas, ne serait plus restée dans cet endroit déclive, si l'ampoule rectale avait été distendue par un bol fécal. Le relèvement

de la paroi antérieure de cette terminaison du tube digestif aurait inévitablement conduit ce liquide jusqu'à l'hiatus vaginal et en aurait ainsi assuré l'évacuation.

Par ailleurs, il est manifeste qu'une injection poussée par le vagin n'eut pu rester dans la cavité vestibulaire ; elle aurait été versée dans la portion la plus déclive de la cavité péritonéale, si on l'avait faite pendant l'état de la vacuité du rectum.

L'*estomac* ouvert et vidé ne contient pas traces de melœna, mais présente des altérations multiples, dont l'appréciation est soumise à M. le prof. Augier, qui veut bien nous remettre la note suivante :

L'estomac est dilaté. La surface externe est normale, lisse, sans exsudations, ni coloration spéciale. Pas de ganglions hypertrophiés au niveau du pylore et de la petite courbure. Les parois de l'organe sont amincies, surtout au niveau du grand cul-de-sac.

A l'ouverture de l'organe, il s'écoule un liquide brun-grisâtre non hématique.

La grosse tubérosité et le petit cul-de-sac, surtout au niveau de la paroi postérieure, présentent une coloration noirâtre, soit sous forme diffuse, soit sous forme de taches ; elle est due à la présence de la matière colorante du sang ; tout autour il existe un véritable piqueté hémorrhagique sous forme d'un fin semis ; il n'y a pas en cet endroit de lésions ulcéreuses appréciables.

Vers la région moyenne de l'estomac, près de la petite courbure et sur la face postérieure, on trouve des lésions tout à fait remarquables.

Il y a là une série d'eschares de forme nettement arrondie et de coloration gris-noirâtre. La portion ainsi escharifiée de la muqueuse gastrique présente au niveau d'un certain nombre de ces plaques un véritable sillon d'élimination ; ce sillon n'est pas encore assez profond pour permettre de détacher l'eschare. Comme dimensions, les plus petites sont de la largeur d'une tête d'épingle ; la plus grande a presque la grandeur d'une pièce de 20 centimes ; il existe en outre une série de plaques intermédiaires. Ces eschares, qui, par leur coloration noirâtre et leurs bords nettement découpés, tranchent sur le reste de la muqueuse d'un gris-blanchâtre, sont groupées presque en un même point sur une étendue à peu près égale à la paume de la main. Autour d'elles et dans leur voisinage, la matière colorante du sang qu'elles contenaient s'est partiellement dissoute et a teint en

rouge-clair la muqueuse voisine. A côté de ces points escarifiés, on trouve çà et là une série de petites érosions punctiformes lenticulaires. Au niveau de ces érosions la muqueuse est presque entièrement détruite comme à l'emporte-pièce.

De ces lésions, il faut conclure qu'il s'agit d'une gastrite ulcéreuse due à l'action d'un agent corrosif, sans qu'on puisse distinguer si le poison est arrivé dans l'organisme par la voie buccale ou de tout autre façon.

Par ailleurs, la date d'évolution doit être considérée comme récente, d'abord parce que les eschares sont encore entièrement adhérentes, ensuite parce que tout le reste de la muqueuse présente un aspect presque sain.

Le *foie*, de poids normal, est d'une couleur brun-rougeâtre ; il est en voie d'atrophie pigmentaire.

Si l'on compare cette description avec le petit nombre de relations antérieurement publiées, on est en droit d'y reconnaître les caractères de la gastrite ulcéreuse mercurielle ; et il est permis de conclure que la malade a succombé à une forme rare et à une évolution presque lente et surtout fruste de l'empoisonnement par le sublimé.

Cependant, le sublimé n'a été employé que dans la mesure ordinaire pour assurer la désinfection après le processus gangréneux et avant l'hystérectomie. Il est vrai que plusieurs injections intra-utérines ont été pratiquées à cette époque, mais le liquide employé était d'un titre très inférieur à celui de la liqueur de Van Swieten — et il serait impossible d'interpréter cet empoisonnement, si l'on ne tenait compte des défectuosités de l'état général de la malade, dont l'organisme absorbait et accumulait le mercure autrement qu'il se fait dans des conditions ordinaires.

Observation IV. (Personnelle, inédite).

Mademoiselle Sophie D..., ancienne institutrice à Camphin-en-Carembault (Nord), perd du sang abondamment et presque continuellement depuis l'âge de 52 ans ; de temps en temps, le sang s'écoule en caillots et la malade éprouve des endolorissements, qui ne présentent pas les caractères de véritables coliques utérines.

Réglée à l'âge de 14 ans, elle a perdu du sang périodiquement à des intervalles variables de trois à quatre semaines ; elle n'a jamais

eu de douleurs, pas même de sensation de courbature lombaire ; elle n'a jamais remarqué de caillots, ni de productions pseudo-membraneuses.

Vers l'âge de 22 ans, deux époques se passent sans aucune perte de sang ; puis commencent des pertes qui n'ont plus aucun caractère périodique, qui sont continuellement formées de sang pur, tantôt liquide, tantôt coagulé, parfois même tellement copieuses, qu'elles en deviennent inquiétantes. La malade a remarqué que l'évacuation des caillots est accompagnée d'un état endolori du bas-ventre, sans véritables poussées douloureuses. Le siège de cet endolorissement est toujours localisé en un même point, vers le flanc gauche.

Jamais il ne survient aucune gêne pour la défécation. La miction n'est pas entravée, il est vrai ; mais le besoin s'en fait sentir cinq à huit fois pendant la journée, cinq à six fois pendant la nuit ; elle ne détermine pas toujours de soulagement complet ; elle laisse alors subsister une sensation illusoire de besoin qui est parfois très pénible.

L'ergotine employée sous diverses formes n'amène aucune amélioration notable.

Le 24 juin 1891, M. le docteur Couvreur, de Seclin, applique l'écraseur linéaire et ramène un polype du volume d'une noisette.

Le 22 décembre 1891, M. le docteur Couvreur, avec la collaboration de M. le docteur Lenys, de Carvin (Pas-de-Calais), pratique un curettage du col utérin.

Malgré ces interventions et les soins accessoires, la situation ne s'améliore pas.

Le 7 février 1892, M. le docteur Guermonprez, de Lille, est appelé à examiner la malade. — La palpation indique d'emblée dans l'hypogastre une tumeur sphéroïdale du volume d'une grosse pomme, d'une consistance ligneuse, d'une surface lisse. Cette tumeur est superficielle, peu sensible à la pression ; elle est quelque peu mobilisable de gauche à droite ; mais, quand elle est laissée à elle-même, elle se place non pas exactement sous la ligne blanche, mais un peu à gauche de celle-ci. Il est assez facile de contourner la tumeur dans ses portions latérales ; mais on ne peut parvenir derrière celle-ci, tant à cause de la rigidité de la paroi, qu'à cause de son épaisseur plus importante qu'on ne devrait la soupçonner chez un sujet aussi peu corpulent.

Le toucher vaginal conduit directement sur une tumeur dure, du volume d'une mandarine, d'une forme sphéroïdale et dont le siège est manifestement en arrière de la vessie. Il faut, en effet, explorer la surface de la tumeur et même franchir celle-ci pour atteindre le col utérin : on reconnaît celui-ci sur la ligne médiane, bien qu'il soit complètement effacé, ou plutôt confondu avec la tumeur elle-même, qui s'est développée dans la lèvre antérieure du museau de tanche. Le doigt pénètre dans le col, reconnaît la lèvre postérieure amincie et de consistance normale ; puis, partant de ce point de repère, vérifie que la lèvre antérieure est confondue avec la tumeur elle-même, qui s'est incontestablement développée dans l'intérieur de son tissu. La surface interne du col utérin est molle, fongueuse, saigneuse, surtout en avant ; sa forme est modifiée par le développement du fibrome de la lèvre antérieure : il en résulte que la coupe de la cavité cervicale donnerait la configuration d'un croissant ouvert en avant. Les culs-de-sac latéraux sont libres, ainsi que le postérieur.

Le toucher rectal confirme les données du toucher vaginal, sans y ajouter de document notable.

La palpation du ventre, pratiquée pendant l'attitude genu-pectorale, ne fournit aucun renseignement qui mérite d'être signalé.

L'hystéromètre se dirige spontanément vers le côté gauche de la malade et il n'y est pas mobile. Il ne pénètre guère qu'à six et demi ou sept centimètres.

Le diagnostic adopté est formulé en ces termes : fibro-myomes multiples, dont le principal est développé sous le péritoine et un peu vers la gauche de la face antérieure de l'utérus, tandis qu'un autre, moins important, siège dans la lèvre antérieure du museau de tanche. Le pronostic ne prévoit aucune amélioration spontanée, ni aucun soulagement important par un traitement médical ; l'hystérectomie abdominale totale est proposée. (Injections chaudes d'alun à $10^{o}/_{0}$; un lavement tiède chaque jour ; alimentation copieuse et reconstituante.

Le 19 avril 1892 M. Guermonprez examine à nouveau la malade avec M. le docteur Derville, son collègue. — Par le palper abdominal, la tumeur est trouvée encore plus superficielle et plus volumineuse : elle arrive à deux doigts de l'ombilic. — Le toucher vaginal conduit sur un col presque effacé ; déplacé vers la gauche de la malade, avec une surface interne fongueuse uniformément, sauf en un point, où se trouve un noyau moins ramolli,

dont le volume et la consistance peuvent être rapportés au point d'insertion d'un myome préalablement enlevé. Les culs-de sac postérieur et latéral gauche sont absolument libres, les culs-de-sac antérieur et latéral droit sont occupés par une tumeur myomateuse, dure, avec une surface régulière, ni lobée, ni lobulée, du volume d'une mandarine, qui se prolonge d'ailleurs dans la lèvre antérieure. — Le doigt qui soulève la masse utérine apprécie un certain degré de mobilité de l'ensemble ; cette mobilité permet un déplacement de bas en haut dans l'étendue de deux centimètres sans aucun effort. Pendant cette manœuvre, les tissus péri-utérus semblent présenter leur souplesse et leur extensibilité normales. — L'exploration vaginale, bien que pratiquée avec douceur, détermine cependant une nouvelle et notable métrorrhagie. Le doigt imprégné de ces liquides ne présente pas d'odeur vraiment fétide.

Le cathéter vésical pénètre aisément ; mais, arrivé au fond de l'urèthre, l'instrument heurte d'emblée la masse dure. Il est impossible d'introduire le cathéter au-dessous de cette masse ; on ne peut même pas le conduire ni à sa droite, ni à sa gauche : L'instrument ne peut pénétrer ensuite dans la vessie que forcément et dans une seule direction, c'est-à-dire d'arrière en avant et de bas en haut ; de sorte que, pendant le decubitus dorsal, il suit une direction presque verticale. Dans cette direction, il se dirige spontanément vers la droite de la malade jusqu'à une profondeur qui engloutit sa presque totalité. Conduit de droite à gauche, il subit un ressaut vers la ligne médiane ; puis il parvient à s'engager vers la gauche, sans pouvoir aller aussi loin qu'à droite, et surtout sans pouvoir y demeurer à moins d'être maintenu. — Le cathétérisme vésical est indolore.

L'état général de la malade est amaigri et pâle, sans aucune teinte jaune : il n'y a ni toux, ni troubles gastro-intestinaux, ni albuminurie. Seul, l'état d'esprit présente quelques irrégularités, qui sont de la diminution de la mémoire et quelques répétitions de mots, comme il advient au début de certaines formes d'aphasie.

A plusieurs reprises, on constate que le sang et les pertes blanches n'ont pas la fétidité comparable à celle du cancer. Il faut reconnaître toutefois que la malade est, sur sa personne, d'une propreté peu commune et qu'elle surveille sa conversation avec une si attentive exactitude, qu'elle parvient à diminuer et à cacher ses troubles psychiques

en même temps qu'elle réussit à écarter toute idée de mauvaise odeur de ses pertes.

Opération. — L'opération est pratiquée le 21 avril 1892 à la maison Saint-Raphael par M. Guermonprez avec le concours de M. le docteur Derville et le nôtre. La malade, préalablement anesthésiée au chloroforme, est apportée sur le lit d'opération. — La chloroformisation n'est nullement entravée pendant l'acte opératoire ; nous signalerons seulement une sorte de ronchus retentissant, qui se produit chaque fois que l'on tiraille l'utérus ou les ligaments larges.

La malade a pris un grand bain la veille : la paroi abdominale est lavée au savon, à la liqueur de Van Swieten chaude, puis à l'alcool à 30° et à l'éther. On fait une copieuse injection vaginale au sublimé, qui ramène un liquide légèrement teinté de sang par suite d'une légère déchirure de la fourchette. Le cathétérisme vésical donne issue à une urine claire et normale.

L'incision méthodique de la paroi abdominale est poursuivie en bas jusqu'au pubis. Elle laisse immédiatement à découvert la tumeur qui se trouve directement à son contact. Il est nécessaire de la prolonger en haut à deux travers du doigt au-dessus de l'ombilic. L'exploration de la tumeur permet alors d'apprécier qu'elle est parfaitement libre.

Celle-ci est amenée assez facilement entre les lèvres de la plaie abdominale. On applique de chaque côté de l'utérus deux pinces-clamps sur la partie supérieure des ligaments larges, qu'on sectionne à gauche, puis à droite, depuis leur bord libre jusqu'à la hauteur de la vessie. La tumeur ainsi libérée, le chirurgien poursuit son dégagement. La masse intestinale étant soulevée et écartée, il reconnaît aisément le repli péritonéal vésico-utérin, qu'il sectionne transversalement sur la face antérieure de l'utérus, en sculptant pour ainsi dire cet organe ; puis, à l'aide des doigts, le chirurgien dégage complètement et presque facilement la vessie d'avec l'utérus. Le toucher vaginal, combiné avec l'exploration abdominale pratiquée à ce moment, permet de reconnaître que l'on atteint le museau de tanche et la limite supérieure du vagin. Armé d'une sonde cannelée spéciale, M. Guermonprez procède alors à la transfixion médiane et antéro-postérieure des parois vaginales : la main gauche a été préalablement interposée entre la tumeur et le rectum, pour protéger cet organe contre une échappée.

Par la boutonnière ainsi créée, deux pinces-clamps sont introduites; elles saisissent l'une, la moitié droite, l'autre, la moitié gauche du dôme vaginal. On sectionne à l'aide des ciseaux le vagin au-dessus de ces deux pinces et la tumeur est extirpée.



Fig. 8. — Pince-clamp à mors courbes et à longs manches.

A ce moment, on explore rapidement le champ opératoire, car le sang s'écoule d'une manière inusitée et tend à s'accumuler dans le cul-de-sac de Douglas : c'est une branche de l'artère utérine gauche qui s'est échappée d'entre les mors de la pince, qui n'est d'ailleurs pas pourvue de dents ; on s'empresse d'en appliquer une nouvelle à ce niveau. Trois ou quatre pinces à forcipressure sont ensuite posées sur les portions antérieures de la surface de section, là où le sang s'écoule en nappe et sans jet. — L'hémostase est dès lors obtenue.

Par le toucher vaginal et l'exploration abdominale combinés, on constate qu'il est resté une minime portion de la lèvre postérieure du col. Celle-ci, qui est ramollie et friable, est enlevée à la curette dans sa totalité.

Le chirurgien procède ensuite sans difficulté à l'ablation des annexes. Deux fils de soie de chaque côté assurent l'hémostase de chacun des deux ligaments larges.

Au niveau de la surface de section la plus voisine du vagin, l'hémostase est plus laborieuse. Elle est obtenue par deux fils de soie doubles placés de chaque côté comprenant le dôme vaginal ainsi resserré par quatre ligatures solides à la soie.

La constriction de ces nœuds a cependant présenté une particularité sur laquelle il est nécessaire d'insister. — A plusieurs reprises on a pu remarquer que le tissu s'écrasait entre les mors de la pince : on a de même eu la déception de voir le fil de ligature étrangler et même couper le tissu qui ne présentait cependant ni infiltration plastique, ni altération de couleur de nature réellement inquiétante. — Le temps de l'hémostase définitive fut cependant réellement laborieux, mais non

difficile du moins pour le côté gauche de la malade. Il put toutefois être terminé sans laisser de larges hiatus de l'orifice vagino-péritonéal. — Cette hémostase est cependant arrivée à devenir parfaite : on en a pu juger avant le lavage péritonéal, la vérifier à nouveau après avoir terminé celui-ci. Les suites opératoires en ont d'ailleurs fourni la sanction, puisqu'il n'y a jamais eu aucune tendance à l'hémorrhagie.

Une dernière injection au sublimé ramène quelques débris du col, qui s'était partiellement effrité dans le vagin. — Le cathétérisme vésical donne issue à une très petite quantité d'urine normale.

La réunion de la paroi abdominale est assurée par trois plans de suture : d'abord une suture en surjet au catgut N° 2 du péritoine pariétal, puis de la couche musculaire, enfin une suture au crin de Florence de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Pansement ordinaire à la vaseline iodoformée, tampon vaginal à la gaze iodoforme.

L'opération a duré deux heures.

Les trois premiers jours se passent sans incident notable, sans vomissements, ni souffrance d'aucune sorte : l'opérée est apyrétique; mais elle demeure somnolente et semble toujours distraite.

Le quatrième jour, la température demeure à 37° le matin et 38° le soir ; la malade est un peu agitée ; elle ne reconnaît pas toujours son entourage: il lui faut un moment pour éviter une erreur et se souvenir à qui elle parle. De temps en temps il arrive que sa conversation est troublée par quelques mots sans suite, dont la malade s'aperçoit bientôt et qu'elle s'excuse d'avoir dits.

Le cinquième jour, elle se plaint à plusieurs reprises de quelques maux de tête sans pouvoir les localiser; elle présente un regard animé, presque vultueux, bien que la température observée à plusieurs reprises et avec différents thermomètres n'ait subi aucune élévation.

Le sixième jour survient un peu de photophobie : la malade est agitée ; elle devient malpropre à l'occasion de sa seconde garde-robe : elle ne souffre plus : il n'y a ni sensibilité, ni ballonnement du ventre. Le pouls est d'une lenteur extrême.

Le septième jour, le tampon vaginal est retiré : sa portion la plus profonde est la seule qui soit légèrement souillée par un liquide légèrement grisâtre ; il ne présente pas la moindre trace hématique.

Le huitième jour la malade se refroidit ; elle s'agite de plus en plus ; elle maigrit, ne reconnaît plus personne. La température, difficile à observer à cause de cette agitation, est manifestement inférieure à la normale. Il est impossible d'obtenir de la malade aucune réponse sensée ; mais de loin en loin il lui arrive de porter la main à la tête, comme si elle y éprouvait une douleur très-aiguë, et elle pousse un cri extrêmement intense, qu'il est impossible de ne pas rapporter au type hydrencéphalique.

Le 30 avril la malade est de plus en plus refroidie : les injections hypodermiques de caféine et d'éther ne suffisent plus à la relever de son état inquiétant et elle succombe presque brusquement dans la soirée.

L'autopsie n'a pu être obtenue.

L'examen de la pièce a démontré que l'on avait eu affaire à un utérus *fibromateux* (fibromes interstitiels généralisés et myômes sous-séreux de la corne utérine gauche) avec *cancer cavitaire* de l'organe.

Par l'existence du cancer, s'explique la friabilité des tissus voisins du dôme vaginal, saisis entre les pinces ; et la difficulté de poser des ligatures solides à ce niveau.

Quant à la cause de la mort, elle peut être attribuée à une méningite d'origine cancéreuse.

L'hystérectomie abdominale totale, dans ce cas, n'a été pratiquée que par le fait d'un diagnostic incomplet, — la présence du cancer nous paraissant être une contre-indication à l'opération.

CHAPITRE IV.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Deux procédés principaux permettent de réaliser la méthode de l'hystérectomie totale abdominale.

1° l'hystérectomie totale abdominale proprement dite.

2° l'hystérectomie abdomino-vaginale (méthode de la double hystérectomie).

Hystérectomie totale abdominale.

On peut pratiquer cette opération en un temps ou en deux temps.

M. Kœberlé au Congrès de Copenhague (1) (1884) a donné la marche suivante pour l'ablation totale de l'utérus :

« Quand toute la matrice est bien liberée de ses attaches,
» il propose de placer sur le vagin, comme il le fait sur le col,
» deux ligatures métalliques qui embrassent la paroi vaginale
» postérieure et sont maintenus dans la plaie abdominale.
» Toutefois il ne blâmerait pas l'opérateur, qui, dans certaines
» circonstances, abandonnerait les ligatures dans le bassin. Il
» affirme que l'opération conduite d'après ces préceptes n'a
» guère plus de gravité que l'ovariotomie ordinaire. »

---

(1) Congrès de Copenhague. Wien. med. Woch. 1884, n° 37. Cf Vautrin. *loco citato.*

Plusieurs trouveront que c'est là une exagération excusable par l'entraînement opératoire. On a vu plus haut tout ce que l'opération pratiquée de cette façon présente de difficultés.

A. Martin et Chrobak ont le plus souvent opéré en deux temps. Ils appliquent un lien élastique sur l'isthme, puis extirpent par l'abdomen le pédicule préalablement cautérisé. Pour cela, après avoir isolé de toutes parts le col, ils font par l'abdomen à l'aide du bistouri une boutonnière dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et à l'aide simultanément des doigts, du bistouri, de la sonde cannelée, ils achèvent le décollement du vagin. Ces chirurgiens ont proposé, pour opérer la section du dôme vaginal au pourtour du col, un instrument un peu spécial. Il s'agit d'une sorte de sonde cannelée en forme de T dont la branche horizontale, cannelée à sa partie supérieure est concave pour s'adapter au pourtour du col. Ils sectionnent alors sur cet instrument, à l'aide du bistouri, les culs-de-sac vaginaux.

L'idéal de M. Guermonprez, est d'opérer en un seul temps ; et, dans la pratique, il s'en rapproche le plus possible. Voici sa façon de procéder, telle qu'il l'a exposéeà l'*Académie de Médecine*.

Après avoir posé le plus près possible de l'utérus sur les ligaments larges deux pinces-clamps à droite et à gauche jusqu'à la vessie, il sectionne aux ciseaux ces ligaments : ce qui libère et dégage notablement la tumeur fibromateuse. Puis il sectionne transversalement le péritoine vésico-utérin et sépare les deux organes, au moyen des doigts et du bistouri, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau tanche. Il s'assure de ce dernier point par le toucher vaginal combiné avec le palper intra-abdominal. Il transfixe dès lors la limite supérieure du vagin sur la ligne médiane et suivant le plan antéro-postérieur, à l'aide d'une sonde cannelée solide et d'une forme un peu spéciale. Par cette boutonnière, il introduit à droite et à gauche une pince-clamp pour assurer l'hémostase des artères utérines ; puis il sec-

tionne au-dessus de ces pinces le dôme vaginal avec des ciseaux. Il assure enfin la ligature des différentes artères par des fils de soie doubles et solides.

M. Péan a annoncé à l'Académie de Médecine (séance du 7 Juin 1892) qu'il exécutait de longue date ce temps de dégagement, tel que le préconise M. Guermonprez ; mais il ne paraît pas avoir adopté de plan défini et uniforme pour accomplir l'exérèse du col.

Hystérectomie abdomino-vaginale, (méthode de la double hystérectomie).

Ce procédé de la double hystérectomie abdominale et vaginale combinées consiste, comme l'indique son nom, à enlever la tumeur utérine myomateuse par l'abdomen d'une part et le col par le vagin d'autre part.

Il a été employé maintes fois avec succès en Allemagne par Martin et en France par M Péan, enfin dans un cas par MM. Bouilly (1) et Goullioud, (2). Actuellement cette opération est pratiquée d'une façon systématique par M. Rouffart (3) de Bruxelles.

Les divers temps opératoires sont bien décrits par M. Goullioud dans un mémoire « sur l'extirpation vaginale du pédicule après l'hystérectomie. »

« *Premier temps.*— Laparotomie.— Ligature élastique posée et assujetie entre le corps et le col, au-dessus ou au-dessous des trompes suivant les cas et en ménageant le plus possible la mobilité du pédicule ; section de l'utérus au-dessus de la ligature élastique et cautérisation de la cavité cervicale ; surjet péritonéal pour fermer la grande cavité péritonéale, avec facilité de la rouvrir d'un coup de ciseau, s'il était nécessaire.

---

(1) Bouilly. — Congrès de Chirurgie, 1891, *Semaine médicale*, p. 132

(2) Goullioud. — *Lyon médical*, N° 42, 1891.

(3) Rouffart. — Archives de Tocologie, 1892.

« *Deuxième temps.*— Extirpation du pédicule utérin d'après le procédé de l'hystérectomie vaginale: abaissement du pédicule, section de la muqueuse vaginale, décollement de la vessie; ouverture du cul-de-sac postérieur, pinces longuettes sur les ligaments larges ; extirpation du pédicule utérin.

« *Troisième temps.* — Achèvement de la suture de la paroi abdominale, couche aponévrotique et peau. »

A. Martin, préoccupé de la fermeture de la cavité péritonéale et du drainage, suture la lèvre postérieure de la brèche vaginale au péritoine de la face postérieure du cul-de-sac de Douglas et la lèvre postérieure vaginale avec le péritoine du fond de la vessie ; puis par une suture en surjet, il comble partiellement l'hiatus vaginal.

Chrobak fait d'abord la suture du dôme vaginal sectionné, puis celle du péritoine. Il se contente parfois de refermer le péritoine et applique ensuite un tampon vaginal.

M. Goullioud, une fois le col isolé en avant et en arrière, a recours au mode d'hémostase de MM. Péan et Richelot et applique simplement un tampon vaginal à la gaze iodoformée sur la surface de section.

M. Péan, dans une communication récente faite à l'*Académie de Médecine* (séance du 7 juin 1892), déclare que, dans le cas où la tumeur occupe à la fois le corps et le col de l'utérus, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'ablation totale de l'organe

Dès 1869, il mit, le premier en France, cette méthode à exécution. L'année suivante, la malade fut présentée à l'Académie de Médecine. L'opération avait été faite pour une grosse tumeur fibro-cystique.

Depuis cette époque, ce chirurgien a eu maintes fois recours à cette méthode et il en a obtenu de bons résultats.

Voici comment il procédait autrefois : « Après avoir mis à découvert la tumeur par une incision abdominale, nous saisis-

sions de chaque côté avec nos pinces à mors longs, droits ou courbes, les ligaments larges, que nous rangions entre deux rangées de pinces ; puis, après avoir lié et réséqué ces ligaments, nous plaçions un lien métallique au-dessous de la tumeur, aussi près que possible du col.

« Nous coupions ensuite l'utérus au-dessus du lien. Nous avions soin, au préalable, quand cela était nécessaire, de détacher la vessie et le rectum. Il ne nous restait plus alors qu'à ouvrir les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin, soit de haut en bas par l'abdomen, soit de bas en haut par la voie vaginale, à enlever le col après avoir placé sur la partie inférieure des ligaments larges d'autres pinces plus petites, dont l'extrémité libre sortait par la vulve : ces dernières suffisaient pour assurer l'hémostase préventive et définitive.

« Cette méthode nous a donné de bons résultats. Après avoir mûrement réfléchi, nous avons toutefois pensé que son manuel pourrait encore être simplifié.

« Voici comment nous procédons aujourd'hui :

« Après avoir ouvert l'abdomen, nous attirons la tumeur au dehors, suivant notre coutume, à l'aide d'un trocart long et courbe de notre modèle. Nous plaçons ensuite un lien en caoutchouc au-dessous d'elle, le plus près possible du col. Nous fixons ce lien avec nos pinces à mors longuets; et nous réséquons toute la portion sus-jacente de la tumeur à quelques centimètres au-dessus de lui. S'il y a plusieurs lobes, nous les enlevons après avoir successivement appliqué des liens en caoutchouc le plus bas possible.

« Lorsqu'il ne reste plus que le col et la partie inférieure du corps de l'utérus, nous avons soin, quand cela est nécessaire, de dégager la vessie et le rectum et de pincer ou de lier les petits vaisseaux qui leur appartiennent.

« Nous plaçons ensuite, soit au-dessus, soit au-dessous du lien de caoutchouc suivant le cas, un fil métallique que nous serrons et tendons à l'aide d'un ligateur de notre modèle.

« Nous réséquons alors le moignon aussi près que possible du

lien métallique, en ayant soin d'évider la muqueuse, afin de diminuer le plus possible son volume, sans exposer cependant ce lien à l'abandonner par glissement ; puis nous réduisons le moignon et nous fermons par suture la plaie abdominale.

« Il ne nous reste plus alors qu'à enlever le col de l'utérus, le moignon et le lien élastique. Cette extirpation se fait aisément par la voie vaginale, en ayant recours au pincement des ligaments larges et au morcellement. »

Après avoir résumé ainsi sa pratique ancienne et sa pratique nouvelle, M. Péan arrive à des conclusions, qui confirment les principales opinions de M. Guermonprez sur le principe même de l'hystérectomie totale.

En raison des résultats, qu'il a obtenu, par cette nouvelle méthode, il arrive en effet à poser les conclusions suivantes :

« 1° Toutes les fois qu'il est indiqué d'enlever une tumeur fibreuse ou fibro-cystique interstitielle du corps de l'utérus, il convient de recourir à notre méthode d'ablation totale de cet organe par la voie abdominale et par la voie vaginale combinées ;

« 2° cette méthode permet d'enlever plus rapidement l'utérus malade et ses annexes que les méthodes intra et extra-péritonéales ;

« 3° elle agrandit le domaine de la chirurgie en augmentant le nombre de guérisons. »

Le principe même de l'hystérectomie totale paraît donc être l'avenir de la chirurgie des fibro-myomes : reste à juger les divers procédés de réaliser ce principe.

L'hystérectomie abdomino-vaginale, si chaudement vantée par M. Péan, supprime évidemment tous les dangers liés à la conservation du col, de même que le fait l'hystérectomie uniquement abdominale. On peut cependant lui adresser ce reproche : c'est de substituer à une dissection de visu de la vessie, à une section et à une ligature à ciel ouvert des ligaments larges, un des temps les plus difficiles et les plus laborieux de l'hys-

térectomie vaginale. De cette façon, il est vrai, les manœuvres intra-abdominales sont abrégées ; mais ne doit-on pas introduire les doigts dans la cavité péritonéale, aussi bien pour pratiquer ces temps de l'hystérectomie vaginale, (séparation de la vessie du col, pincement de la partie inférieure des ligaments larges), que dans la méthode totalement abdominale ?

Nous dirons en terminant que donner une statistique des différents cas d'hystérectomie totale, pratiquée jusqu'à ce jour, nous semble une chose prématurée. Celle-ci n'aurait d'ailleurs qu'une valeur relative, les cas opérés et les procédés employés étant trop différents.

Recherches expérimentales.

L'hystérectomie totale pratiquée par la voie abdominale, à l'exclusion de toute autre voie, est une opération encore peu appréciée.

En principe, nous la croyons contestable et même contre-indiquée lorsqu'il s'agit de néoplasmes malins de la matrice ; il nous paraît très difficile, presque irréalisable, d'éviter l'ensemencement du néoplasme, soit dans la séreuse péritonéale, soit sur l'une des surfaces de section des ligaments, ou de la muqueuse vaginale.

Par contre, nous la croyons indiquée, pour pratiquer une exérèse totale, lorsqu'il s'agit de fibro-myome de l'utérus en général.

On en peut rencontrer l'indication plus précise encore, lorsque l'impossibilité d'abaisser l'utérus s'oppose au débridement de la muqueuse vaginale par la voie vulvaire. On peut surtout en trouver l'indication, lorsque le col utérin est plus ou moins fortement refoulé en arrière et immobilisé dans cette situation. — Ces diverses indications et contre-indications seront exposées plus complètement dans un travail ultérieur.

L'hystérectomie abdominale totale n'est pas une opération chimérique. C'est même une opération relativement facile

pour quiconque aura bien voulu s'en rendre compte expérimentalement sur le cadavre.

Sans doute, il existe une différence considérable entre l'opération pratiquée sur le cadavre inerte d'un sujet plus ou moins indemne d'affections utérines ou péri-utérines, d'une part ; — et la série des manœuvres plus ou moins improvisées dans les conditions ordinaires de la chirurgie abdominale, qui réserve toujours tant de surprises, d'autre part. — Ce n'est donc pas avec la prétention d'élucider tous les doutes soulevés par la question, que nous avons entrepris une série de recherches sur le cadavre.

Il nous suffit d'établir que l'opération dont il s'agit est sincèrement réalisable et ne mérite, à aucun titre, la comparaison avec les entreprises extraordinaires, que plusieurs qualifient d'excentricités chirurgicales.

Dans le but de mieux faire apprécier les temps successifs de l'opération, nous avons pris quelques croquis, afin d'en dégager quelques figures schématiques, de nature à préciser les détails les plus intéressants pour le chirurgien lui-même.

Pour pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, on commence par pratiquer l'incision médiane sur la ligne blanche, comme on le fait pour toutes les opérations analogues. — Ensuite on soulève et on écarte toute la masse intestinale. — Enfin, le chirurgien saisit le fond de l'utérus et s'efforce de l'amener en vue : il le faut pour s'orienter, confirmer le diagnostic, voir exactement ce qui est à faire, et surtout écarter toute surprise.

C'est ce premier temps que représente la fig. 9.

On y voit l'orifice circulaire du détroit supérieur du bassin. — Si on observe la ligne médiane, d'arrière en avant, on reconnaît que l'angle sacro-vertébral et le rectum sont masqués par l'utérus relevé et entraîné par la manœuvre du chirurgien ; on reconnaît ensuite que l'utérus n'est visible que dans la moitié de sa hauteur ; aucun effort, aucun artifice n'en peut amener davantage dans ce premier temps ; on reconnaît enfin

que toute la portion antérieure est occupée par la vessie, dont la forme est à peu près circulaire et dont les parois sont molles et flasques. La délimitation entre les deux organes est assez facile à bien apprécier. Le péritoine s'y présente sous deux



Fig. 9.

On reconnaît les plis transversaux du péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin ; au-dessus de ces plis, la séreuse adhère au muscle utérin ; au-dessous d'eux, elle adhère à la vessie. — Avant la section des deux ligaments larges, il est impossible d'amener davantage l'utérus de bas en haut. — La section des ligaments larges doit porter jusqu'au niveau du cul-de-sac vésico-utérin.

aspects, qui contrastent nettement : sur l'utérus, la séreuse est lisse et elle adhère étroitement au tissu sous-jacent ; sur la vessie, elle est plissée, froncée transversalement et elle est surtout très mobile sur le tissu sous-jacent, grâce au tissu cellulaire lâche qui l'en sépare. Ces deux caractères sont particulièrement appréciables, lorsque la vessie est récemment vidée, ainsi qu'il advient dans les conditions ordinaires de la chirurgie abdominale. — Sur les parties latérales, le péritoine est lisse et légèrement déprimé à droite et à gauche de la vessie ; il est extrêmement tendu au niveau des trois ailerons

de chacun des ligaments larges ; il ne présente rien de notable dans sa portion la plus postérieure qui contribue à former le cul-de-sac de Douglas.

Ce qui s'impose à l'attention, c'est l'évidence même de l'obstacle apporté par tout le ligament large, et spécialement par ses portions inférieure et moyenne, immédiatement au-dessous de sa différenciation en trois ailerons. La moindre exploration suffit à démontrer que c'est bien à ce niveau que se trouve la première bride, qui empêche absolument d'amener l'organe en vue.

Pour lever ce premier obstacle, il est donc indiqué de sectionner toute la portion accessible d'emblée pour chaque ligament large ; on sectionne ainsi depuis le bord libre du ligament jusqu'à la vessie, qu'on se défend d'intéresser. — Les limites de la section étant ainsi indiquées, on pourrait hésiter à en conduire le trajet soit en dehors, soit en dedans des ovaires et des trompes. — A première vue, il semble préférable de sectionner en dehors, afin de gagner du temps et de simplifier par une exérèse, qui porterait d'emblée sur l'utérus et sur tous les annexes. — Nous croyons qu'il importe d'éviter cette simplification, surtout dans les conditions pathologiques qui sont toujours celles de la chirurgie. Faute de ce soin, il arriverait aisément quelque lésion des uretères par la main du chirurgien, en raison d'une déviation, que masque trop souvent quelque adhérence, ou quelque plaque laiteuse. — C'est pourquoi nous préférons une ligne de section qui suive exactement le bord de l'utérus, ce qui n'empêche pas de pratiquer cette section entre deux pinces à longs mors et à courbures appropriées.

La section des ligaments larges, en longeant les bords de l'utérus et en s'arrêtant au contact de la vessie, tel est donc second temps. Il est accompli dans les fig. 10 et 11.

Il est facile d'y reconnaître d'abord que les trompes et les ovaires retombent en arrière et en dehors, leurs mésos s'étalent sur la paroi correspondante du bassin ; — ensuite que

la vessie perd sa forme circulaire et présente une sorte d'allongement d'avant en arrière, avec une moindre ampleur de droite à gauche, tandis que les plissements transversaux du péritoine vésico-utérin s'effacent complètement ; — enfin et surtout il est important d'y reconnaître que le chirurgien peut désormais entraîner l'utérus de bas en haut dans une étendue suffisante pour réaliser pratiquement les temps ultérieurs de l'éxérèse

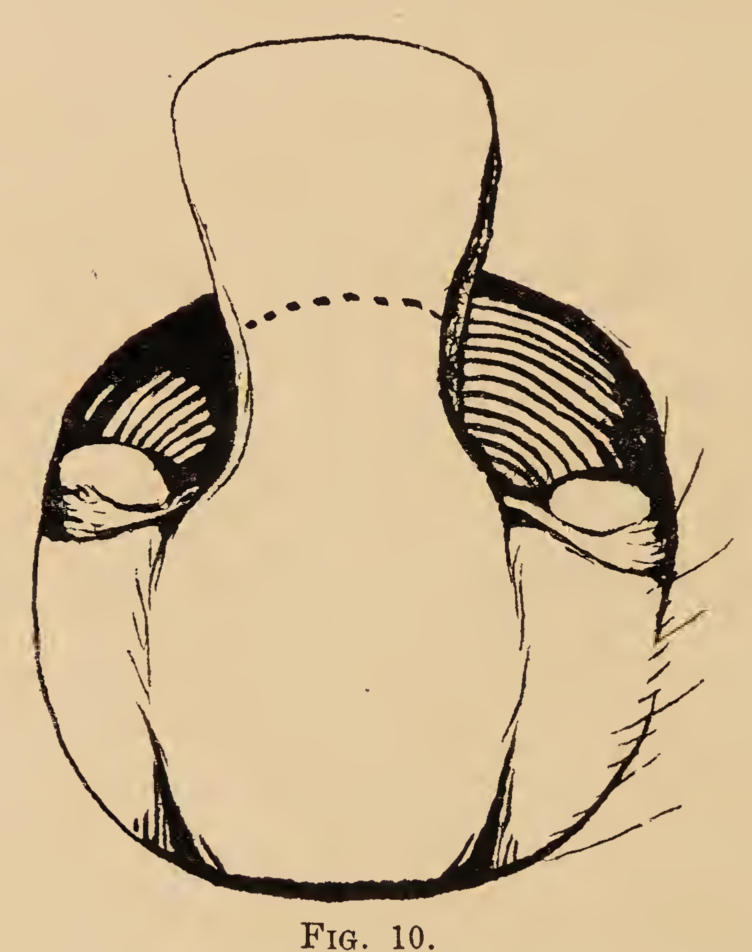


Fig. 10.

Après la section des deux ligaments larges, l'utérus est facile à entraîner à 4 ou 5 centimètres au-dessus de sa situation primitive. — Lorsque l'utérus a été ainsi mobilisé de bas en haut, les plis transversaux du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ne se discernent plus ; mais il est encore facile de reconnaître la limite supérieure de ce cul-de-sac : elle est à la limite des portions adhérentes de la séreuse, c'est-à-dire vers le niveau indiqué sur la figure 2. — La section du cul-de-sac vésico-utérin doit aller de l'une à l'autre des sections des ligaments larges.

Sans doute, l'opération n'en est pas devenue d'une facilité absolue et d'une simplicité complète. La transformation est moins totale qu'on serait tenté de le souhaiter : elle suffit toutefois pour amener un déplacement de trois, quatre et même cinq centimètres : c'est assez pour assurer le dégagement complet et méthodique de la face postérieure de la vessie.

Pour ce dégagement, on commence par une section transversale du péritoine, exactement à la limite du repli vésico-utérin. Il est indiqué par un pointillé sur la fig. 2. — On le reconnaît très aisément, si, au lieu de se borner à une simple inspection, qui n'apprend rien, ou presque rien de précis, on prend le soin de pratiquer et de répéter la palpation qui indique avec certitude l'exacte limite des adhérences normales de la séreuse péritonéale avec la face antérieure de l'utérus.

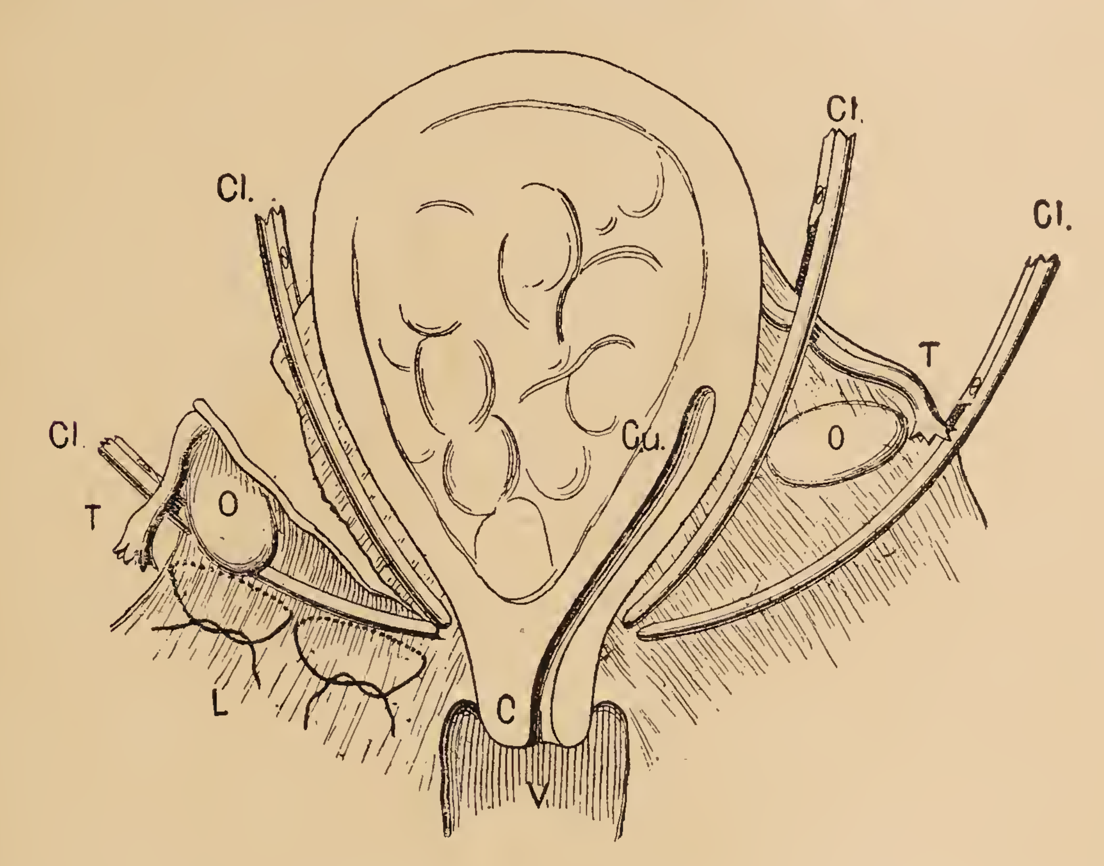


Fig. 11. — Temps du dégagement d'après M. Terrillon. (*Clin. chir*, Paris 1889).

C., col utérin ; — Cu, cavité utérine ; — V., vagin ; — O. O., ovaires ; — T., trompes ; — Cl. Cl. Cl. Cl, pinces-clamps, dont les mors seulement sont représentés. — A gauche, le temps de dégagement est presque achevé ; à droite, il est seulement préparé.

On poursuit ensuite ce dégagement, soit au moyen des doigts, qui manœuvrent dans le tissu cellulaire de la région, soit au moyen du bistouri, qui suive de près la consistance et la couleur de l'utérus, qui résiste incomparablement mieux que la vessie. — Peu à peu, ce dernier organe se trouve refoulé en bas et surtout en avant. (La tonicité du muscle vésical favorise ce dégagement notablement mieux sur le vivant que sur le cadavre). On voit se reconstituer alors les plissements

transversaux signalés dès le premier temps de l'opération ; ils sont même plus étendus, plus multipliés et, par conséquent, plus importants qu'ils l'ont été primitivement.

Ce troisième temps est laborieux, lorsqu'il arrive à sa fin, c'est-à-dire au voisinage de la lèvre antérieure du museau de tanche. Cette portion est profondément située et il est tout naturel de venir en aide à son exécution. en exerçant des tractions énergiques sur le corps utérin. Il en résulte inévitablement une respiration bruyante ; il semble que la malade ronchonne. Il en résulte parfois aussi un affaiblissement important du pouls et une suspension temporaire de la fonction respiratoire. Il en résulte surtout et toujours des efforts inconscients et vigoureux qui fatiguent les aides et le chirurgien et entravent d'autant l'accomplissement de ce temps opératoire. L'expérience faite sur le cadavre n'en peut donner aucune idée.

Ce troisième temps est terminé, lorsque le museau de tanche est accessible par l'abdomen. La combinaison du toucher vaginal avec la palpation de la plaie est l'unique moyen de contrôle, à cause de la transformation que les efforts ont amenée dans la consistance du col utérin. Le contraste rappelle ce qui se passe, au point de vue de la consistance, lorsqu'il s'agit du col utérin pendant les premières heures après l'accouchement ; et il serait illusoire de prétendre se borner à une exploration pratiquée par la plaie seulement.

Le quatrième temps se réduit à faire une boutonnière étroite et médiane immédiatement en avant du museau de tanche. — Il n'y a aucun inconvénient à intéresser quelque peu la lèvre antérieure pendant cette manœuvre. Dès que la pénétration dans la cavité vaginale est un fait acquis, le résultat peut être considéré comme obtenu.

Le cinquième temps consiste à passer une sonde cannelée par la boutonnière qui vient d'être obtenue ; à la conduire d'avant en arrière sur la ligne médiane ; et traverser la paroi postérieure pour pénétrer dans le cul-de-sac de Douglas.

La fig. 3 représente la situation après l'accomplissement de ces différents temps.

Tous sont extrêmement faciles et rapides à exécuter sur le cadavre.

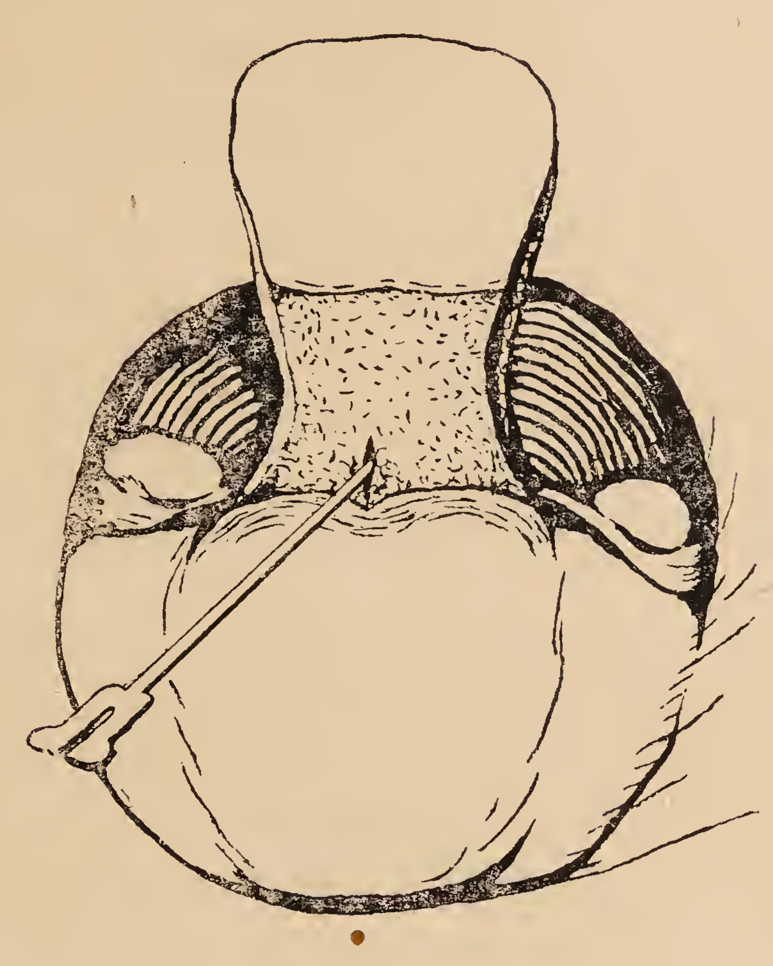


Fig. 3.

Après dégagement de la vessie (soit au moyen des doigts, soit au moyen du bistouri), le réservoir urinaire est refoulé en avant, soit par les soins d'un aide, soit par la main gauche du chirurgien lui-même. — L'incision du cul-de-sac antérieur du vagin est pratiquée sous la forme d'une simple boutonnière, suivant une ligne longitudinale, exactement à la limite la plus supérieure, très près du museau de tanche. — Pénétrant par cette boutonnière antérieure, la sonde cannelée enfonce la paroi postérieure du vagin, sans aucun soin.

Les derniers temps ne présentent pas d'intérêt au point de vue d'une opération expérimentale.

Tous ceux que nous venons d'exposer ont été vérifiés après leur accomplissement régulier. Tous ont été trouvés faciles à réaliser sans léser les uretères, et sans manquer aux règles générales de la chirurgie, tant au point de vue de l'hémostase qu'au point de vue de l'antisepsie.

CONCLUSIONS.

I. — L'hystérectomie abdominale totale est indiquée, lorsque les fibromes sont interstitiels et volumineux, ou bien lorsqu'ils empiètent sur la vessie ou les ligaments larges.

L'indication est plus pressante encore, lorsque toute tentative d'hystérectomie vaginale est rendue irréalisable par l'impossibilité d'abaisser l'utérus, ou parce que le col est reporté si en arrière, qu'il est inaccessible à l'action du bistouri.

L'indication est également formelle, lorsqu'une tumeur fibreuse siège dans le col et empêche de constituer le pédicule.

II.—L'hystérectomie abdominale totale présente sur l'hystérectomie vaginale, (même combinée à l'état d'abdomino-vaginale), cette supériorité de conduire chacun de ses temps à ciel ouvert.

Elle présente, sur la méthode supra-vaginale, l'avantage d'une plus courte durée et la supériorité de la suppression du col utérin, avec ses dangers d'infection, d'hémorrhagie, de rétraction douloureuse, de gêne des organes de voisinage, etc.

III. — Cette opération comprend :

1° La section des deux ligaments larges en s'arrêtant à la limite du péritoine vésical ;

2° La section transversale du péritoine vésico-utérin ;

3° La séparation des deux organes au moyen des doigts ou du bistouri, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche ;

4° L'ouverture de la limite supérieure du vagin, au moyen d'une simple boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et sur sa paroi antérieure ;

5° La transfixion du vagin suivant le plan antéro-postérieur, au moyen d'une solide sonde cannelée, que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas ;

6° L'hémostase est assurée avant l'exérèse au moyen de deux pinces-clamps si bien accréditées pour l'oophrectomie et la salpingectomie.

Le Président de la Thèse
P. BROUARDEL.

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Auvard. — Traité pratique de gynécologie, 1892.
Bardenheuer. — Centr. f. Gyn., 1882, n° 22.
— Zur frage der drainirung der Poritoneal-hœhle. Stuggart, 1880, et Communication partic., 6/8, 1880.
Bouillly. — Congrès français de chirurgie, 1891.
Boileux. — Nouvelles archives d'obstétrique et de Gynécologie, 1891.
Bastard. — Trombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, Th. Paris, 1882.
Boissard. — Troubles de la miction dans les maladies de l'utérus, Th. Paris, 1883.
Börner. — Sammlung, Klin. Vortrage, n° 202.
Chrobak. — Centralbl. f. Gyn., 1891, n° 9.
Crofford. — American journal of obstetrics, 1889.
Guermonprez. — Académie de médecine, séances du 15 et du 22 septembre 1891.
Goullioud (P). — Lyon médical, n° 42, 1891.
Hégar et Kaltenbach. — Traité de Gynécologie opératoire, 1887.
Kœberlé. — Congrès de Copenhague. Wien. méd. Woch., 1884, n° 37.
Keith. — Edinb. méd. Journ., 1885, p. 969.
Kocher. — Rev. méd. de la Suisse romande, 1881, p. 655.
Lawson Rait. — Traité des maladies des femmes.

Martin (A). — Réunion des naturalistes allemands à Heidelberg, 1889, et Zeit. f. Geb. und Gyn., 1890.
Martin (A). — Traité clinique des maladies des femmes, Berlin, 1889.
Martin (A). — Berlin. Klin. Woch. 1885, n° 3.
Olshausen. — Centralb. f. gyn. 1881, p. 291.
Pozzi (S). — Traité de Gynécologie, 1890.
— Thèse d'agrégation, 1875.
— Annales de Gyn. T. XXI, 1884.
Péan. — Académie de Médecine. Séance du 7 juin 1892.
Péan et Urdy. — Hystérotomie, 1873.
Pourrat. — Troubles urinaires compliquant les corps fibreux de l'utérus. Th. Paris, 1884.
Polk. — Annales de Gynécol., t. I, 1885.
Quénu. — Bull. Soc. Chir., 4 nov. 1885.
Rouffart. — Observations d'hystérectomie totale abdominale. Bruxelles, 1891.
Robert. — Accidents septiques dans les corps fibreux de l'utérus. Th. Paris, 1885.
Schrœder. — Maladies des organes génitaux de la femme, 1886.
Schwartz. — Art. Hystérectomie. Nouv. Dict. Méd. et Chir. prat.
Spencer Wels. — Diagnostic et traitement des tumeurs abd., 1885.
Terrier. — Bull. Soc. Chir., 5 nov. 1884.
Terrillon (O). — Leçons de clinique chirurgicale, 1889.
Vautrin. — Traitement chirurgical des myômes utérins, 1886.
Verneuil. — Académie de Médecine, 23 fév. 1886.

Lille Imp. L. Danel.